## HOSPITAL DE BRAGA

# RELATÓRIO INTERCALAR

## EQUIPA DE PROJETO

constituída e nomeada ao abrigo do Despacho n.º 8300/2016, de 16 de junho, do Coordenador da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

21 de abril de 2017

All She de int

## ÍNDICE

0. SUMÁRIO EXECUTIVO	3
1. CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS	5
1.1. COLOCAÇÃO DO PROBLEMA	5
1.2. Antecedentes	
1.3. OBJETIVOS E COMPETÊNCIAS DA EQUIPA DE PROJETO	18
1.3.1. Despacho n.º 8300/2016	
1.3.2. Enquadramento legal	
1.3.3. Organização dos trabalhos	21
1.4. OBJETO DO PRESENTE RELATÓRIO	22
1.5. Sequência	23
2. METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO	25
2.1. ENQUADRAMENTO E PRESSUPOSTOS	
2.2. Definição da Metodologia	
2.3. APLICAÇÃO DA METODOLOGIA	
2.3.1. Primeiro momento de análise	
2.3.2. Segundo momento de análise	
2.4. Breve descrição das soluções possíveis; remissão	37
3. APLICAÇÃO DA METODOLOGIA AO HOSPITAL DE BRAGA	40
3.1. CARATERIZAÇÃO DA PPP DO HOSPITAL DE BRAGA	
3.1.1. Origem e antecedentes	
3.1.2. Contexto e enquadramento legal	42
3.1.3. Conceção do modelo contratual de parceria	44
3.1.4. Programa de PPP hospitalares em que se insere o Hospital de Braga	
3.1.5. Estudo, lançamento e contratualização da PPP relativa ao Hospital de Braga	
3.1.6. Perfil assistencial, dimensão e área de influência	
3.1.7. Mecanismos de remuneração e de determinação anual da produção	
3.2. Avaliação do Modelo de PPP	
3.2.1. Avaliação do Contrato de Gestão em vigor	
3.2.2. Estudo da ERS sobre o modelo das PPP no sector da saúde	
3.2.3. Riscos do cenário de internalização	
3.2.4. Da resposta à "primeira questão central"	
3.3. Avaliação do exercício da faculdade contratual de renovação do Cont	
GESTÃO PELO ESTADO PORTUGUÊS	
3.3.1. Alterações a introduzir no Contrato de Gestão, identificadas pela ARSN	
3.3.2. Análise jurídico-financeira das alterações a introduzir	
3.3.3. Análise do cumprimento dos requisitos previstos para a renovação do Contrato de Gestão	
3.3.4. Outras recomendações quanto a uma eventual decisão de renovação	320
4. PROPOSTA DE DECISÃO	
5. PASSOS SUBSEQUENTES	325
6. ANEXOS	327
7. ANÁLISE DO IMPACTO ORCAMENTAL DA PPP DE BRAGA	320

#### 0. SUMÁRIO EXECUTIVO

Perante a iminência de caducidade dos contratos de gestão dos estabelecimentos hospitalares de Braga e Cascais, surge a necessidade de o Estado Português ponderar as opções, cenários e procedimentos que se lhe colocam com vista a assegurar, sem interrupções e da melhor forma possível, a continuidade da prestação de cuidados de saúde aos utentes servidos pelos hospitais em causa.

Neste contexto, foi atribuída à Equipa de Projeto a função de desenvolver os trabalhos necessários com vista a suportar as decisões públicas que se precipitam no quadro da caducidade dos referidos contratos de gestão. Desde logo, e no que concerne especificamente ao objeto do presente Relatório, cumpre à Equipa de Projeto identificar e avaliar tecnicamente os diferentes modelos passíveis de garantir a continuidade da prestação dos cuidados após o termo do prazo inicial dos contratos, e, de entre esses modelos, propor aquele que, do ponto de vista técnico, jurídico e económico-financeiro, se entende dever ser o modelo a adotar com vista à melhor prossecução do interesse público.

Tendo em vista a prossecução do mandato que lhe foi confiado e o princípio inicialmente assumido de aplicar uma metodologia comum a todas as parcerias público-privadas de gestão clínica atualmente existentes, foi aplicada pela Equipa de Projeto na avaliação da parceria público-privada relativa ao Hospital de Braga uma metodologia idêntica à aplicada, no 1.º Relatório Intercalar, à avaliação da parceria relativa ao Hospital de Cascais, que contempla, entre o mais, a avaliação do equilíbrio económico-financeiro do contrato e do *value for money* do mesmo numa lógica "ex *post*", a demonstração da vantagem da opção em causa e, em qualquer caso, a explicitação da salvaguarda do interesse público.

A esta luz, a Equipa de Projeto procurou, no caso específico do Hospital de Braga, ora em análise, responder a duas questões centrais sequenciais:

- Num primeiro momento, a de saber qual a solução de gestão clínica, pública ou privada, que apresenta para o Estado maior value for money, e
- Num segundo momento, e, admitindo-se que, na resposta à "primeira questão central" se
  concluiu que a gestão clínica privada apresenta maior value for money para o Estado
  do que um cenário de gestão pública, a de apurar se deve o Estado, no caso

Página 3 de 332

específico do Hospital de Braga, exercer a sua faculdade de renovação do contrato de gestão clínica ou, ao invés, iniciar um novo procedimento contratual.

Assim, pelo presente Relatório, considera a Equipa de Projeto resultar identificado e fundamentado, no que respeita especificamente à gestão clínica do Hospital de Braga, o modelo que deve ser adotado com vista à melhor prossecução do interesse público, tendo por base um conjunto de pressupostos que demonstram, por um lado, (i) a existência de value for money da parceria público-privada em face de um cenário de internalização, e, por outro lado, (ii) que se encontram reunidos os requisitos necessários a uma decisão de renovação contratual.

Neste sentido, e para o efeito previsto na alínea *a*) do n.º 1 do Despacho n.º 8300/2016, propõe a Equipa de Projeto a aprovação do presente Relatório, bem como a prossecução dos passos subsequentes para a renovação do atual Contrato de Gestão do Hospital de Braga, na parte referente à EGEST.

### 1. Considerações Introdutórias

#### 1.1. Colocação do problema

- 1. O modelo dos contratos de gestão, em parceria público-privada ("PPP"), no sector da saúde (relativos aos Hospitais de Cascais, Braga, Loures e Vila Franca de Xira) assenta numa gestão partilhada, em que os contratos são executados, em paralelo, por duas entidades distintas: (i) a Entidade Gestora do Edifício ("EGED"), que assegura a gestão do edifício hospitalar, compreendendo as atividades de conceção, projeto, construção, financiamento, conservação e manutenção; e, para o que ora mais releva, (ii) a Entidade Gestora do Estabelecimento ("EGEST"), que assegura a prestação de serviços clínicos.
- 2. No que diz respeito à gestão do estabelecimento hospitalar<sup>1</sup>, os preditos contratos têm uma duração de dez anos a contar da data da transmissão do estabelecimento hospitalar, a qual, em regra, "ocorre no primeiro dia do mês seguinte ao da concessão do visto do Tribunal de Contas, excepto se a notificação da concessão do Visto à Entidade Gestora do Estabelecimento ocorrer após o dia 20<sup>2</sup> do mês em que o Visto é concedido, caso em que a Transmissão do Estabelecimento Hospitalar ocorre no primeiro dia do segundo mês seguinte ao da notificação." .

Prevê-se, não obstante, a possibilidade de extensão deste período inicial, por recurso à faculdade de renovação do contrato<sup>4</sup>.

Página 5 de 332

大臣·尼凡

<sup>1</sup> Relativamente à gestão do edifício, a cargo das EGED, o prazo é de trinta anos a contar da data de assinatura de cada contrato – *cfr.* alínea *b*) do n.º 1 da cláusula 8.ª e n.º 1 da cláusula 140.ª do contrato de gestão do Hospital de Cascais; alínea *b*) do n.º 1 da cláusula 8.ª e n.º 1 da cláusula 142.ª do contrato de gestão do Hospital de Braga; e cláusula 80.ª do contrato de gestão do Hospital de Loures. Só assim não é relativamente ao contrato de gestão do Hospital de Vila Fanca de Xira, em que a data de produção de efeitos corresponde à data da transmissão do estabelecimento hospitalar (*cfr.* n.os 1 e 2 da cláusula 140.ª).

<sup>2</sup> Ou, no caso do contrato de gestão do Hospital de Vila Franca de Xira, após o dia 15.

<sup>3</sup> Cfr. alínea a) do n.º 1 da cláusula 8.ª e n.º 2 da cláusula 140.ª do contrato de gestão do Hospital de Cascais; alínea a) do n.º 1 da cláusula 8.ª e n.º 2 da cláusula 142.ª do contrato de gestão do Hospital de Braga; e alínea a) do n.º 1 da cláusula 8.ª e n.ºs 1 e 2 da cláusula 140.ª do contrato de gestão do Hospital de Vila Franca de Xira. No caso do Hospital de Loures, o prazo de dez anos conta-se desde a data de entrada em funcionamento do estabelecimento hospitalar, a qual ocorre no "momento em que é aberto ao público o primeiro serviço médico do Estabelecimento Hospitalar" (cfr. n.º 1 da cláusula 38.ª e n.º 1 da cláusula 1.ª).

<sup>4</sup> *Cfr.* n.ºs 2 e 3 da cláusula 8.ª do contrato de gestão do Hospital de Cascais; n.os 2 e 3 da cláusula 8.ª do contrato de gestão do Hospital de Braga; n.ºs 2 e 4 da cláusula 38.ª do contrato de gestão do Hospital de Loures; e n.ºs 2 e 3 da cláusula 8.ª do contrato de gestão do Hospital de Vila Franca de Xira.

3. Nos termos contratualmente previstos, a renovação destes contratos só pode, porém, ocorrer por períodos sucessivos não superiores a dez anos e desde que a soma do prazo inicial com o(s) da(s) respetiva(s) renovação(ões) não exceda, em qualquer caso, o termo do prazo (de trinta anos) estabelecido para a respetiva EGED.

No caso do contrato de gestão do Hospital de Loures, a possibilidade de renovação depende ainda, nos termos do n.º 2 da respetiva cláusula 38.ª, cumulativamente, de<sup>5</sup>:

- a) O resultado das avaliações de desempenho realizadas ser qualificado, em todos os anos, no mínimo, como "bom";
- b) O parceiro público não pretender, "por razões de interesse público, introduzir modificações na actividade objecto da parceria que se mostrem incompatíveis com a continuidade do Contrato"; e de
- c) A renovação não colidir "com qualquer dos princípios do regime de parcerias definido no Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto<sup>6</sup>, especialmente o disposto na alínea e) do artigo 3.º desse diploma<sup>7</sup>".
- 4. A renovação dos contratos de gestão, na parte referente ao estabelecimento hospitalar, é da *iniciativa do parceiro público*, que tem de manifestar essa sua vontade através de notificação à EGEST <u>até dois anos antes do final do prazo</u> inicial aplicável ou da respetiva renovação<sup>8</sup>.

Não é, contudo, unilateral: posteriormente à notificação pelo parceiro público, e caso assim o entenda, *a EGEST tem de dar o seu acordo* até dezoito meses antes do final do prazo de vigência em curso, sob pena de operar efetivamente a caducidade do contrato.

<sup>5</sup> Cfr. n.º 2 da cláusula 38.ª do respetivo contrato de gestão.

<sup>6</sup> Diploma que define o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados, pese embora se encontre significativamente esvaziado de conteúdo na sequência da entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio ("Decreto-Lei n.º 111/2012").

<sup>7</sup> Desta disposição legal decorria a necessidade de a contratação (in casu, renovação) "ser precedida de uma avaliação prévia sobre a sua economia, eficiência e eficácia, bem como de uma análise da respectiva suportabilidade financeira".

<sup>8</sup> *Cfr.* n.º 4 da cláusula 8.ª do contrato de gestão do Hospital de Cascais; n.º 4 da cláusula 8.ª do contrato de gestão do Hospital de Braga; n.º 5 da cláusula 38.ª do contrato de gestão do Hospital de Loures; e n.º 4 da cláusula 8.ª do contrato de gestão do Hospital de Vila Franca de Xira.

5. No Anexo 1 ao presente Relatório, poderá ser encontrado um quadro-síntese dos termos e prazos de vigência de cada um dos contratos de gestão celebrados, que evidencia que, no que diz respeito à vertente clínica, tais contratos começarão a atingir o seu termo já a partir do ano de 2018, assumindo especial destaque a prestação de serviços clínicos no âmbito do contrato de gestão do Hospital de Cascais, que caducará a 31 de dezembro de 2018, e do contrato de gestão do Hospital de Braga, que caducará a 31 de agosto de 2019.

Por outro lado, e tendo em conta a antecedência contratualmente exigida para a eventual decisão de renovação, conclui-se que tal intenção, a confirmar-se, terá de ser notificada pelo parceiro público à respetiva EGEST até às datas-limite abaixo indicadas:

CONTRATO DE GESTÃO (EGEST)	Prazo para notificação
HOSPITAL DE CASCAIS	Até 31.12.2016
HOSPITAL DE BRAGA	Até 31.08.2017
Hospital de Vila Franca de Xira	Até 31.05.2019
HOSPITAL DE LOURES	Até 18.01.2020
0.0000000000000000000000000000000000000	

- 6. Perante a iminência de caducidade dos mencionados contratos de gestão dos estabelecimentos hospitalares, surge a necessidade de o Estado Português ponderar as opções, cenários e procedimentos que se lhe colocam com vista a assegurar, sem interrupções e da melhor forma possível, a continuidade da prestação de cuidados de saúde aos utentes servidos pelos hospitais em causa.
- 7. Sendo esta a premissa básica na génese deste Relatório, importa conhecer, antes de mais, os circunstancialismos e as opções que conduziram à constituição da equipa de projeto por via do Despacho n.º 8300/2016, de 16 de junho, do Coordenador da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos ("Equipa de Projeto") e que relevam na definição do mandato que lhe foi conferido e, consequentemente, na condução dos trabalhos e na definição do objeto do presente Relatório.

Página 7 de 332

<sup>9</sup> O parceiro público, nestas PPP, ou, como contratualmente designado, a entidade pública contratante – "EPC".

#### 1.2. Antecedentes

8. Com efeito, o processo de formação da decisão do parceiro público em face da aproximação do termo de vigência da vertente clínica dos contratos de PPP da saúde não começa, verdadeiramente, com a constituição da Equipa de Projeto.

Pelo contrário, ainda antes do início dos trabalhos de que se dá conta no presente Relatório, foram promovidas diligências e definidas posições e orientações internas, que aqui se acolhem e concretizam, e que resultaram da articulação prévia entre os gabinetes governamentais relevantes (maxime, Saúde e Finanças), entidades tuteladas com competência na matéria (com destaque para a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. – "ACSS" – e para a Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos – "UTAP") e Administrações Regionais de Saúde envolvidas (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. – "ARSLVT" – e Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. – "ARSN").

9. Logo em 10 de novembro de 2014, é proferido Despacho do Senhor Ministro da Saúde, exarado sobre Nota Interna do respetivo Gabinete, datada de 6 de novembro de 2014 (cfr. Anexo 2 ao presente Relatório), na qual se alerta para o aproximar do termo do prazo inicial dos contratos de gestão e se assinala a "complexidade técnica e morosidade inerente" à formação da vontade do Estado quanto à sua eventual renovação e a necessidade de "garantir que as entidades envolvidas iniciam o processo de decisão com a devida antecedência, assegurando não só que qualquer decisão do Estado sobre os cenários em análise defende o melhor interesse do Estado, e também dos utentes, mas ainda que o processo decorre com a maior transparência possível".

Propõe-se, para o efeito, que a ACSS diligencie no sentido de criar uma equipa de projeto constituída pelas entidades com competências na monitorização e gestão de PPP, nomeadamente a ACSS, a UTAP e as Administrações Regionais de Saúde, "com o objetivo de propor uma metodologia de avaliação comparativa das diferentes opções alinhadas, de forma a suportar a decisão do Estado".

São aí, desde logo, antecipados três cenários de decisão possível, a saber:

- a) Renovação do contrato com a EGEST;
- b) Lançamento de novo procedimento pré-contratual para seleção de novo cocontratante;

c) Reversão, para o Estado, do estabelecimento e da responsabilidade de prestação de cuidados de saúde aos utentes da respetiva área de influência.

Recomenda-se, ainda, tendo nomeadamente em conta os requisitos constantes do n.º 2 da cláusula 38.ª do contrato de gestão do Hospital de Loures, que "o processo de decisão [seja] homogéneo em todas as PPP no sector da saúde, [...] assegurando o tratamento equitativo de todos os parceiros privados".

#### 10. Na sequência deste Despacho:

- a) O Gabinete do Senhor Secretário de Estado da Saúde remeteu a citada Nota Interna ao Gabinete do Senhor Secretário de Estado das Finanças que, em dezembro de 2014, a reencaminhou à UTAP, para conhecimento e eventuais comentários; e
- b) A ACSS, em janeiro de 2015, solicitou aos Presidentes dos Conselhos Diretivos da ARSLVT e da ARSN que, na qualidade de representantes do Estado nos Contratos de Gestão dos Hospitais de Cascais, Loures, Vila Franca de Xira e Braga, indicassem o(s) elemento(s) a integrar na futura equipa de projeto<sup>10</sup>.

11. Neste contexto, são ainda elaboradas e enviadas à ACSS informações da ARSLVT<sup>11</sup> e da ARSN<sup>12</sup>, com a apreciação interna da execução e término dos respetivos contratos de gestão, incluindo, no caso do Hospital de Braga, uma primeira identificação, por parte da ARSN, de melhorias possíveis ou desejáveis na execução do respetivo contrato.

Página 9 de 332

<sup>10</sup> No final de fevereiro de 2015, a ARSN indicou o Dr. Pedro Brito Esteves (gestor do Contrato de Gestão do Hospital de Braga), tendo, por seu turno, a ARSLVT indicado, no início de março de 2015, o Dr. João Matos (coordenador da Equipa de PPP da ARSLVT) e o Dr. Ricardo Brito (membro da Equipa de PPP da ARSLVT).

<sup>11</sup> Cfr. Informação "Hospital de Cascais — Contrato de Gestão em parceria público-privada — extinção por caducidade, renovação, modificação objetiva do contrato ou abertura de novo procedimento concursal", de 15 de fevereiro de 2015, que constitui o Anexo 2 à proposta fundamentada da ACSS que integra o Anexo 10 ao presente Relatório.

<sup>12</sup> Cfr. Informação "Funcionamento da Parceria Público-Privada do Hospital de Braga (Entidade Gestora do Estabelecimento) e o valor acrescentado pelo serviço prestado", de 23 de fevereiro de 2015, que constitui o Anexo 3 à proposta fundamentada da ACSS que integra o Anexo 10 ao presente Relatório.

- 12. Em 13 de abril de 2015, é emitida a <u>Informação UTAP n.º 006/2015</u> (cfr. Anexo 3 ao presente Relatório), na qual, corroborando a posição e urgência anteriormente manifestadas pelo Ministério da Saúde, na sua Nota Interna, se sustenta que:
  - a) Muito embora devam ser estabelecidos critérios comuns de decisão aplicáveis a todos os contratos, para que a decisão do Estado possa tratar de forma igualitária as parcerias em causa e possam adotar-se procedimentos e requisitos idênticos —, a decisão quanto ao futuro destes contratos não tem de ser, em si mesma, homogénea, antes devendo atender às circunstâncias de cada contrato e da respetiva execução, bem como ao momento em que tal decisão é tomada e aos requisitos legais e contratuais aplicáveis;
  - b) Tratando-se de uma decisão com relevantes implicações económico-financeiras e jurídicas e com impacto nas contas públicas, e por analogia com o que aconteceu no procedimento decisório que esteve na base da celebração destes contratos e com o que ora surge previsto no Decreto-Lei n.º 111/2012 em relação aos processos de estudo e lançamento de novos projeto em modelo de PPP, deve a mesma ser preparada com a participação de entidades do Ministério da Saúde e do Ministério das Finanças e tomada em conjunto pelos membros do Governo responsáveis por essas áreas;
  - c) Qualquer cenário, de renovação ou de não renovação, deve observar os termos e os limites previstos tanto no respetivo contrato, como na legislação especialmente aplicável, incluindo as disposições e princípios previstos no enquadramento jurídico aplicável às PPP, nos termos do Decreto-Lei n.º 111/2012;
  - d) Deve ser dada prioridade à tomada de decisão relativa ao Hospital de Cascais, uma vez que, se nesse sentido for a decisão do Estado, a manifestação de vontade de renovar o contrato, através de notificação à EGEST, dever ocorrer até 31 de dezembro de 2016.

São ainda concretizados, nesta Informação, os passos procedimentais que decorrem da adoção de cada um dos cenários aventados.

- 13. A Informação UTAP n.º 006/2015 é, depois, remetida, através do Despacho n.º 651/15-SEF, de 5 de maio, do Senhor Secretário de Estado das Finanças, para os devidos efeitos, ao Senhor Ministro da Saúde e ao Senhor Secretário de Estado da Saúde.
- 14. Com base nesta Informação, é elaborada, em 3 de novembro de 2015, Nota Interna do Gabinete do Senhor Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (cfr. Anexo 4 ao presente Relatório), na qual se concorda globalmente com os termos avançados pela UTAP e se reitera a necessidade de promover o célere andamento dos trabalhos.

Sobre esta Nota Interna, despachou o Senhor Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, em 4 de novembro de 2015, no sentido de (i) remeter à ACSS, à ARSLVT e à ARSN o processo e de (ii) reiterar a necessidade e urgência de, em linha com o Despacho do Senhor Ministro da Saúde, de 10 de novembro de 2014, dar início ao procedimento de análise prévia, devidamente fundamentada, que permita uma avaliação comparativa das diferentes opções.

- 15. Por ofício de 23 de dezembro de 2015<sup>13</sup>, dirigido pela ACSS ao Gabinete do Senhor Secretário de Estado da Saúde (cfr. Anexo 5 ao presente Relatório), vem aquela entidade deixar à consideração do Senhor Ministro da Saúde um conjunto de entendimentos, dos quais se destaca a necessidade ou conveniência de:
  - a) Definir os critérios e pressupostos dos trabalhos a desenvolver;
  - b) Sem prejuízo de tais critérios e pressupostos deverem ser homogéneos e coerentes para as quatro PPP, assegurar tomadas de decisão faseadas e autónomas para cada uma delas;
  - c) Dar prioridade à tomada de decisão relativa ao Hospital de Cascais;
  - d) Considerar como um dos elementos fundamentais, no apoio à decisão do Estado, a aferição do *value for money* das parcerias, na vertente clínica.

Página 11 de 332

<sup>13</sup> Com a referência 13391/2015/DPS7ACSS.

16. No dia 19 de fevereiro de 2016, tem lugar uma reunião entre o Senhor Ministro da Saúde, o Senhor Secretário de Estado Adjunto, do Tesouro e das Finanças e o Senhor Secretário de Estado da Saúde com representantes da ACSS, da ARSLVT, da ARSN e da UTAP, tendo por objeto a preparação do processo de tomada de decisão referente ao término dos Contratos de Gestão dos Hospitais de Cascais e de Braga, com apresentação da posição de cada uma das entidades presentes e identificação das alternativas de decisão (cfr. agenda de trabalhos que se junta como Anexo 6 ao presente Relatório).

Nessa reunião, e na sequência de Despacho do Senhor Secretário de Estado da Saúde, de 16 de fevereiro de 2016, é ainda entregue, como elemento de apoio à discussão e análise, a Nota Interna do respetivo Gabinete, de 12 de dezembro de 2015 (cfr. Anexo 7 ao presente Relatório), na qual se sublinha:

- a) A urgência na preparação das soluções para Cascais e Braga, que passa por "preparar todo o trabalho técnico necessário de modo a garantir que, na exata data em que os atuais Contratos cessarem, a solução alternativa está, não apenas pensada ou em preparação, mas plenamente operacionalizável";
- b) O afastamento da hipótese de, não renovando, atribuir a gestão clínica a privados fora do modelo de PPP, "por ser pouco compaginável com a manutenção, em paralelo, da contratação em PPP da componente do edifício";
- c) A necessidade de articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério das Finanças, em especial com a UTAP, na preparação e escolha do cenário a adotar;
- d) A vantagem de, em linha com o Programa do XXI Governo Constitucional, prosseguir com a avaliação independente das PPP hospitalares, que se sugere que seja levada a cabo pela Entidade Reguladora da Saúde ("ERS").

17. Em conformidade com o definido nesta reunião, a ACSS e a UTAP trabalharam em conjunto, com o apoio da ARSLVT e da ARSN, na identificação dos cenários de "Renovação" e de "Não Renovação", bem como dos principais riscos, termos e condições, o que resulta num mapa de análise transmitido às Tutelas Sectorial e Financeira e que se junta como Anexo 8 ao presente Relatório 14.

No cenário de "Renovação" (Cenário A.), são ponderadas as seguintes alternativas:

- a) Mera renovação com a atual EGEST, ou seja, manutenção dos termos e condições do contrato de gestão atualmente em vigor, sem modificações, apenas incluindo eventuais atualizações necessárias (Cenário A.1);
- b) Negociação do contrato de gestão seguida da sua renovação, que pressupõe a implementação de um procedimento negocial com o parceiro privado com vista à alteração (pontual e limitada) do contrato de gestão, no respeito pelos limites legais de modificação objetiva dos contratos públicos, seguida de renovação do contrato renegociado (Cenário A.2).

No cenário de "Não Renovação" (Cenário B.), analisam-se as seguintes hipóteses:

- a) Estudo, preparação e lançamento de uma nova PPP na vertente clínica, pela implementação do procedimento previsto nos artigos 9.º a 14.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, seguido do procedimento de lançamento da parceria, nos termos dos artigos 15.º a 18.º do mesmo Decreto-Lei e das regras de contratação pública aplicáveis ao procedimento concursal que seja acoplado ao procedimento de lançamento, nos termos previstos no Código dos Contratos Públicos ("CCP") (Cenário B.1);
- b) Adoção de outro modelo de contratação de gestão clínica, pela implementação de um procedimento diferente do modelo de PPP (Cenário B.2);
- c) Internalização dos serviços clínicos no Serviço Nacional de Saúde ("SNS"), através da implementação do mecanismo contratual de reversão do estabelecimento para o Estado (Cenário B.3).

Página 13 de 332

<sup>14</sup> E que constitui o Anexo 4 à proposta fundamentada da ACSS que integra o *Anexo 10* ao presente Relatório.

Neste documento, adverte-se ainda para o facto de qualquer uma das opções dever ser devidamente fundamentada do ponto de vista técnico, jurídico, económico-financeiro e do interesse público, recomendando-se, em qualquer cenário, a prossecução desta fundamentação à luz dos procedimentos e pressupostos previstos no Decreto-Lei n.º 111/2012, nos termos defendidos pela UTAP e pela ACSS nas respetivas informações internas (cfr. n.º 12 e n.º 15 supra). Isto, para além de dever ser adequada e atempadamente ponderada, de forma a poder ser tomada em tempo útil e no melhor interesse do Estado e dos utentes, considerando, ainda, os procedimentos e requisitos legais e contratuais subjacentes a cada caso.

18. Este mapa de análise é, depois, objeto de reflexão em nova reunião, realizada no dia 26 de fevereiro de 2016, na presença do Senhor Ministro da Saúde, do Senhor Secretário de Estado Adjunto, do Tesouro e das Finanças e do Senhor Secretário de Estado da Saúde e de representantes da ACSS, da ARSLVT, da ARSN e da UTAP (cfr. agenda de trabalhos que se junta como Anexo 9 ao presente Relatório).

Neste contexto, analisadas as vantagens e os riscos dos cenários de renovação/não renovação, é afastado pelos membros do Governo aí presentes, desde logo pelas condicionantes de várias ordens elencadas no referido mapa, o cenário de renovação (o Cenário A.) e concluído que, atentas as hipóteses identificadas, do ponto de vista técnico, jurídico, económico-financeiro e do interesse público, o cenário relativo ao designado Cenário B.1 seria a hipótese a adotar.

19. Não obstante, com base na Nota Interna de 18 de março de 2016, sobre a qual é exarado despacho de concordância do Senhor Secretário de Estado da Saúde, de 21 de março de 2016 (cfr. Anexo 10 ao presente Relatório), é solicitada ao Senhor Secretário de Estado Adjunto, do Tesouro e das Finanças a constituição de uma equipa de projeto, conforme previsto no Decreto-Lei n.º 111/2012, com as devidas adaptações em função da fase de desenvolvimento dos trabalhos.

A sustentar este pedido encontra-se a proposta vertida no Ofício n.º 3684/2016, de 17 de março, da ACSS ("**Proposta Fundamentada**", que integra o *Anexo 10* ao presente Relatório), que é acolhida sem qualquer reserva e que passa pela constituição, por aplicação dos artigos 9.º e 10.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de uma equipa de projeto com uma *dupla missão* de:

- a) Num primeiro momento, tendo presente as datas-limite em que terão que ser tomadas as decisões de renovação ou não renovação dos contratos de gestão clínica dos Hospitais de Braga e Cascais, identificar e avaliar tecnicamente os modelos passíveis de assegurar a continuidade da prestação dos cuidados após o término desses contratos aqui se incluindo tanto os já identificados na sobredita reunião de 26 de fevereiro, como quaisquer outros que venham a ser equacionados —, propondo, de entre esses modelos, fundamentadamente, do ponto de vista técnico, jurídico, económico-financeiro, aquele que deve ser adotado visando a melhor prossecução do interesse público;
- b) Num segundo momento, desenvolver todas as fases procedimentais, diligências e ações necessárias à implementação do cenário escolhido.

São ainda indicados os nomes dos membros efetivos e respetivos suplentes da equipa de projeto a constituir, em linha com o previsto no n.º 2 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 111/2012.

Com relevância para os trabalhos da equipa de projeto a constituir, o referido Despacho do Senhor Secretário de Estado da Saúde acolhe ainda um conjunto de "orientações políticas de princípio, sintetizáveis no seguinte:

- 1. Um cenário de mera renovação de Contratos com as actuais Entidades Gestoras dos Estabelecimentos (EGEST), com ou sem renegociação de alguns aspectos, não se afigura desejável, não só porque não seria transparente, nem promovedor da concorrência, mas também porque a evolução do mercado da saúde (nomeadamente quanto a recursos humanos, medicamentos, ou tecnologia diagnóstica e terapêutica), no período que decorreu entre os concursos e a negociação dos contratos de Cascais e Braga e o momento actual, foi de tal modo forte, que os preços em vigor não reflectirão já condições de eficiência no momento presente;
- 2. A decisão sobre os demais cenários beneficiará do conhecimento dos resultados da avaliação externa independente de todo o processo das parcerias público-privadas em Saúde, prevista no Programa do XXI Governo Constitucional, mas, apesar de desta já ter sido solicitada pelo

Página 15 de 332

- Ministério da Saúde à Entidade Reguladora da Saúde, não é, desde já, possível antecipar as conclusões da mesma;
- 3. Por uma questão de prudência, e atento o facto de, a 31.12.18, no caso de Cascais, e a 31.8.2019, no caso de Braga, o Estado ter o dever de assegurar a manutenção de soluções de funcionamento para aqueles Hospitais, que acautelem não só a continuidade absoluta da prestação de cuidados às populações servidas, mas também a plena legalidade do financiamento desta prestação, assume-se como imperativo, iniciar a preparação desde já de todo o trabalho técnico que conclua pela necessidade e mais-valia ou não, do lançamento de concursos públicos para a componente de gestão de serviços clínico (EGEST) em regime de PPP para estas instituições hospitalares, salientando-se que é inclusive possível que as conclusões destes trabalhos venham a ser díspares entre as duas entidades hospitalares" (realce no original).
- 20. Sobre este modelo, é emitida a <u>Informação UTAP n.º 013/2016</u>, de 14 de abril, na qual se propõe ao Senhor Secretário de Estado Adjunto, do Tesouro e das Finanças que determine à UTAP, ao abrigo do disposto nos artigos 9.º e 10.º do Decreto-Lei n.º 111/2012 e com caráter de urgência, a constituição de uma equipa de projeto com o objeto e a composição identificados pela Tutela Sectorial, sem prejuízo da indicação dos demais membros pela Tutela Financeira.

Quanto ao enquadramento e funcionamento da referida equipa, acrescenta-se, nesta Informação, que:

- Admitindo-se que a equipa de projeto funcione nos moldes previstos pela ACSS, com objeto dual, é aconselhável a elaboração de um relatório fundamentando intercalar na sequência da conclusão dos trabalhos da primeira fase, que deverá ser submetido e suportar uma decisão política por parte das tutelas sectorial e financeira quanto à fixação do cenário a implementar, na fase seguinte, pela mesma equipa;
- b) Sendo certo que a aplicação estrita do Decreto-Lei n.º 111/2012 só se imporia já na segunda fase do mandato da referida equipa e apenas nos subcenários de

lançamento de uma nova parceria<sup>15</sup> ou, porventura, de renegociação seguida de renovação<sup>16</sup>, nada obstará (sendo até recomendável) a que, *ad hoc*, no despacho de constituição da equipa, se determine que a mesma exercerá um conjunto de tarefas mais alargado (como o proposto) e que, na execução das mesmas, se aplique, com as devidas adaptações, o regime previsto no Decreto-Lei n.º 111/2012;

- c) Este mandato alargado não dispensa, porém, que, o exercício efetivo de funções expressamente incluídas no âmbito do referido Decreto-Lei fique dependente do preenchimento integral, a posteriori, dos requisitos legais aplicáveis.
- 21. Sobre a Informação UTAP n.º 013/2016, é, então, exarado o Despacho n.º 45/16, de 10 de maio, do Senhor Secretário de Estado Adjunto, do Tesouro e das Finanças, determinando a constituição de uma equipa de projeto, em linha com o disposto no n.º 3 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 111/2012.
- 22. Em conformidade, a Equipa de Projeto é constituída ao abrigo do Despacho n.º 8300/2016, de 16 de junho, do Coordenador da UTAP, publicado no Diário da República, n.º 121, 2.ª Série, de 27 de junho de 2016 ("Despacho n.º 8300/2016", que constitui o Anexo 11 ao presente Relatório), sendo nomeados inicialmente os seguintes elementos:
  - a) <u>Presidente</u>

Joana Cristina Veiga Carvalho Barbosa (UTAP);

b) Restantes membros efetivos:

Marta Alexandra Fartura Braga Temido de Almeida Simões (ACSS);

João Luís Lemos de Matos (ARSLVT);

Pedro de Brito Esteves (ARSN);

Maria Ana Soares Zagallo (UTAP);

Página 17 de 332

<sup>15</sup> A cargo de uma "equipa de projeto", nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 9.º e seguintes do Decreto-Lei n.º 111/2012.

<sup>16</sup> A cargo de uma "comissão de negociação", nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 19.º e seguintes do Decreto-Lei n.º 111/2012.

Rita Domingues dos Santos da Cunha Leal (UTAP); e

Filipa Sequeira Leite (UTAP).

#### c) Membros suplentes:

Pedro Nobre da Veiga Neto Miranda (ACSS);

Alexandra Trigo Vaz Carneiro Xardoné (ARSLVT);

Mariana Bon de Sousa Moniz de Bettencourt (UTAP)<sup>17</sup>; e

Inês Margarida Costa Bernardo (UTAP).

#### 1.3. Objetivos e Competências da Equipa de Projeto

### 1.3.1. Despacho n.º 8300/2016

23. Em resposta às diligências anteriores e em consonância com as orientações traçadas, o Despacho n.º 8300/2016 vem mandatar a Equipa de Projeto para desenvolver os trabalhos necessários com vista a suportar as decisões públicas que se precipitam no quadro da caducidade dos contratos de gestão dos Hospitais de Cascais e de Braga.

- 24. Esses trabalhos, já se sabe, deverão avançar a dois tempos:
- a) Num primeiro momento, cumpre:
  - i) Identificar e avaliar tecnicamente os diferentes modelos passíveis de garantir a continuidade da prestação dos cuidados após o termo do prazo inicial dos contratos;
  - ii) De entre esses modelos e tendo por base os procedimentos e pressupostos previstos no Decreto-Lei n.º 111/2012, com as devidas adaptações, propor aquele que, do ponto de vista técnico, jurídico e económicofinanceiro, se entende dever ser o modelo a adotar com vista à melhor prossecução do interesse público, em relatório que inclua a sua fundamentação económica e

<sup>17</sup> Que apresentou a sua exoneração enquanto membro da Equipa de Projeto com efeitos desde 28 de fevereiro de 2017.

a respetiva viabilidade financeira e proponha os passos procedimentais, ainda não cumpridos, necessários para a sua implementação, a apresentar aos membros do Governo com competência nas áreas da Saúde e das Finanças, para efeitos de tomada de uma decisão política a esse respeito;

- Num segundo momento, e na sequência da decisão política que seja tomada, caberá b) desenvolver todas as fases, ações e procedimentos necessários à implementação do modelo escolhido, devendo, nos casos em que tal se imponha e justifique, ser assegurado o cumprimento dos mecanismos procedimentais necessários e ainda não cumpridos, previstos nos artigos 9.º, 10.°, 21.° e 22.° do Decreto-Lei n.° 111/2012.
- 25. Focando-se sobretudo na primeira fase, de formação de uma proposta de decisão, o Despacho n.º 8300/2016 identifica algumas diretrizes, que vêm em linha com, embora não esgotem, as orientações internas que precederam os trabalhos da Equipa de Projeto, nomeadamente a necessidade de:
  - Garantir a continuidade, sem interrupções e da melhor forma possível, da a) prestação de cuidados de saúde às populações servidas pelos hospitais;
  - 6) Avaliar o impacto dos cenários nas contas públicas;
  - Avaliar as opções na ótica da melhor prossecução possível dos interesses c) públicos em presença;
  - d) Ter por base uma mesma metodologia, sem prejuízo de as propostas de decisão não serem coincidentes.

#### 1.3.2. Enquadramento legal

26. Tendo em conta a panóplia de tarefas cometida à Equipa de Projeto por via do Despacho n.º 8300/2016, constata-se que, não só o primeiro exercício, de avaliação e confronto entre os vários modelos possíveis, como também alguns dos cenários de implementação subsequente do modelo adotado, escapam à aplicação direta do Decreto-Lei n.º 111/2012. Em bom rigor, este diploma legal só seria necessariamente aplicável

depois de se decidir avançar com o lançamento de uma nova parceria ou com a renegociação dos atuais contratos.

27. Ainda assim, cedo se entendeu pautar este processo pela atuação conjunta dos Ministérios da Saúde e das Finanças, o que resultou na proposta, pela ACSS, no seu Ofício n.º 3684/2016, de observância do processo previsto para a contratação de uma nova parceria, com as devidas adaptações:

"considerando que, por um lado, o lançamento de um novo procedimento concursal é um dos cenários em concreto possíveis e que, por outro, a decisão sobre a escolha desta alternativa, os termos do lançamento do procedimento e as respetivas condições devem ser precedidas de análise, acompanhadas dos estudos necessários, de modo a aferir dos custos e benefícios de cada uma das alternativas avaliadas, e a identificar qual das alternativas melhor realiza o interesse público de saúde, tendo em conta preocupações de equilíbrio financeiro e sustentabilidade, bem como do value for money dos diferentes modelos em presença, entende-se como vantajoso e mais adequado — tanto mais atentos os prazos imperativos, emergentes e próximos a observar — que a Equipa de Projeto seja constituída com um duplo objeto".

Esta solução é entendida, também, como "forma a mitigar o risco de não concretização [da] solução" que venha a ser escolhida, aproveitando sinergias e ganhando celeridade no desenvolvimento dos trabalhos abarcados por cada fase.

28. No mesmo sentido, na Informação UTAP n.º 013/2016 concordou-se integralmente com o proposto, "não só porque torna possível a execução dessas tarefas de forma mais simples, célere, eficaz e eficiente por serem realizadas pelo mesmo grupo de trabalho — aproveitando-se assim os conhecimentos e as sinergias que necessariamente se criarão no seio da equipa, sendo, aliás um trabalho necessariamente consequente —, mas também porque a alternativa seria criar uma estrutura de missão, uma comissão ou um grupo de trabalho paralelo, que, na prática, desempenharia exatamente as mesmas funções que serão desempenhadas pela equipa de projeto, mas que poderia implicar uma eventual menor eficiência (designadamente pelo não aproveitamento da antecipável economia de experiência) que [...] não se justifica".

"Ademais, e não menos importante, [sublinha a UTAP] que qualquer decisão que venha a ser proposta deverá ser alicerçada numa adequada fundamentação que deverá contemplar, necessariamente, a avaliação do equilíbrio económico-financeiro do contrato, a demonstração da vantagem da opção em causa e,

em qualquer caso, a explicitação da salvaguarda do interesse público, o que se entende estar devidamente salvaguardado com o modus operandi [...] proposto, que submete o duplo objeto dos trabalhos da equipa de projeto ao crivo do Decreto-Lei n.º 111/2012, com as devidas adaptações<sup>2</sup>.

Ressalva-se, porém, que, caso a decisão política que venha a ser tomada na sequência da avaliação dos cenários em confronto implique a implementação subsequente de modelos expressamente abrangidos pelo Decreto-Lei n.º 111/2012 (concretamente, o lançamento de uma nova parceria ou a renegociação do contrato), o desenvolvimento dos respetivos trabalhos fica dependente do preenchimento integral dos requisitos legais aplicáveis e ainda não observados – ressalva que ficou expressamente contemplada na parte final da alínea *b*) do n.º 1 do Despacho n.º 8300/2016.

#### 1.3.3. Organização dos trabalhos

- 29. Com a publicação do Despacho n.º 8300/2016 em Diário da República, em 27 de junho de 2016, foram de imediato iniciados os trabalhos da Equipa de Projeto, que reuniu, pela primeira vez, no dia 30 de junho seguinte.
- **30.** Logo nessa reunião, foram acordados os principais pressupostos das tarefas a empreender nesta primeira fase, dos quais se destaca:
  - A definição, em linha com as orientações recebidas, de uma metodologia de avaliação comum a todos os hospitais;
  - A necessidade de autonomizar e priorizar a avaliação dos cenários relativos à gestão clínica dos hospitais em causa, refletida na elaboração de relatórios fundamentados e propostas de decisão individuais e apresentadas em momentos distintos. Com esta solução, pretendeu-se, não só assegurar a conclusão em tempo útil da análise relativa ao Hospital de Cascais (cujo hipotético cenário de renovação teria de ser implementado até ao final de 2016), como aproveitar os oito meses de diferença de prazo para o Hospital de Braga para introduzir alguma melhoria no processo e metodologia adotada que se revelasse necessária ou adequada em face da curva de aprendizagem que porventura decorresse da experiência (anterior) do Hospital de Cascais;

ágina 21 de 332

- c) Concluído o estudo relativo ao Hospital de Cascais, a fixação do prazo interno de 31 de março de 2017 para a conclusão dos trabalhos de análise e para estabilização da proposta de relatório pela Equipa de Projeto para o Hospital de Braga, cuja versão final e assinada deveria ser submetida, alguns dias depois, às Tutelas Sectorial e Financeira, para aprovação.
- 31. Desde então, foram realizadas diversas reuniões, de âmbito alargado ou específico, quer entre os membros da Equipa de Projeto, quer com a participação e apoio de outros elementos das entidades envolvidas (em particular, da ACSS e da UTAP).

#### 1.4. OBJETO DO PRESENTE RELATÓRIO

32. Sob este pano de fundo, pretende-se, no presente Relatório, dar cumprimento ao disposto na alínea a) do n.º 1 do Despacho n.º 8300/2016, que dispõe que a Equipa de Projeto, depois de identificar e avaliar tecnicamente os diferentes cenários de decisão possíveis, deve propor aos membros do Governo com competência nas áreas da Saúde e das Finanças, em relatório fundamentado, aquele que, do ponto de vista técnico, jurídico e económico-financeiro, entenda ser o modelo a adotar com vista à melhor prossecução dos interesses públicos em presença.

Isto, sublinhe-se, agora especificamente no que respeita à gestão clínica do Hospital de Braga.

33. Uma vez tomada uma decisão política no sentido da adoção de determinado cenário, a Equipa de Projeto passará a assumir a responsabilidade pela condução dos trabalhos necessários à efetivação dessa solução e ao cumprimento de todos os requisitos legais e contratuais exigidos para o efeito.

Findos esses trabalhos, a Equipa de Projeto emitirá novo relatório, de suporte à implementação do cenário escolhido, em cumprimento dos constrangimentos temporais que se imponham como forma de assegurar a não interrupção da prestação dos serviços clínicos aos utentes deste hospital.

#### 1.5. SEQUÊNCIA

34. O presente Relatório, em linha com o exposto nos pontos anteriores, congrega as principais conclusões dos trabalhos da Equipa de Projeto e os seus principais pressupostos, e respetiva fundamentação, que sustentam a proposta desta equipa quanto à solução a adotar em face do término da vigência da vertente clínica do contrato de gestão do Hospital de Braga ("Contrato de Gestão" ou "Contrato").

Com esse objetivo, iniciar-se-á o presente estudo pela apresentação da metodologia elaborada e adotada pela Equipa de Projeto para avaliar, "do ponto de vista técnico, jurídico e económico-financeiro", os vários cenários possíveis.

Como decorrência da aplicação dessa metodologia, avaliar-se-á, num primeiro momento, o modelo de PPP. Para o efeito, o Relatório contempla, a título prévio, um ponto referente à caraterização da realidade, clínica e contratual, sobre a qual a análise a encetar vai incidir, ao que se segue a avaliação, propriamente dita, da PPP de Braga. Nessa sede, procurar-se-á, nomeadamente, aferir, numa lógica ex post, o value for money atual da parceria, sob dois pontos de vista distintos, a saber: (i) por um lado, verificar se o value for money perspetivado pelo Estado aquando da decisão de lançamento do procedimento se veio efetivamente a materializar e em que medida; e (ii) por outro, aferir o value for money da parceria, tendo por base uma comparação relativa, assente nos valores historicamente verificados, por confronto do hospital em causa com um conjunto de unidades hospitalares em gestão pública, consideradas (de acordo com os critérios definidos pela Equipa de Projeto) comparáveis com esse hospital.

Ainda no contexto da avaliação da PPP de Braga, ponderar-se-á, no presente Relatório, a <u>avaliação da execução contratual de facto (i) na perspetiva do gestor do contrato</u> (inserindo-se esta análise no quadro da avaliação da performance individual da PPP) e (ii) <u>na opinião de outros stakeholders</u> (também no contexto da performance individual da PPP), com os quais o hospital se relaciona no quadro do Contrato de Gestão, designadamente ao nível das redes de referenciação.

A completar a comparação efetuada entre a manutenção do modelo de PPP e o cenário de gestão pública dos serviços, o Relatório contempla ainda um ponto dedicado aos riscos do cenário de internalização.

Mágina 23 de 332

Com base nestas análises, o presente Relatório apresentará um ponto síntese do qual se deduzirá acerca da eventual superioridade relativa do modelo de PPP por comparação com o modelo de internalização dos serviços clínicos, propondo, consequentemente, "o cenário da PPP" ou o "cenário da internalização".

No pressuposto que se encontra justificada a manutenção de um modelo de PPP – e apenas nesse caso –, seguir-se-á, no presente Relatório, a análise dos pressupostos da renovação contratual, por forma a averiguar, entre o mais, qual o cenário, de renovação ou de não renovação, que se revela mais consentâneo com a defesa dos interesses públicos em presença. A este respeito, encontrar-se-á, no Relatório, a análise jurídico-financeira das alterações a introduzir no Contrato de Gestão, num cenário de renovação ou de celebração de um novo contrato, bem como a análise do cumprimento dos requisitos elegidos na metodologia definida pela Equipa de Projeto como necessários a uma decisão de renovação.

Por fim, o Relatório culmina com <u>uma proposta de decisão</u> dirigida aos membros da tutela responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, completando essa proposta com <u>uma súmula conclusiva dos passos subsequentes a adotar e a análise do impacto orçamental da opção recomendada pela Equipa de Projeto</u>.

#### 2. METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

#### 2.1. Enquadramento e pressupostos

35. Definido o objeto do presente Relatório e conhecidos os objetivos traçados pelo Despacho n.º 8300/2016, importa agora apresentar a metodologia elaborada e adotada pela Equipa de Projeto para avaliar, "do ponto de vista técnico, jurídico e económico-financeiro", os vários cenários possíveis e, por conseguinte, aferir qual se recomenda que deva "ser o modelo a adotar com vista à melhor prossecução do interesse público", tendo sempre presente que esta análise deve incluir, necessariamente, a "fundamentação económica e a respetiva viabilidade financeira" associadas a cada um dos referidos cenários identificados ("Metodologia").

36. A Metodologia de avaliação definida pela Equipa de Projeto foi elaborada tendo por base um princípio basilar, que tem sido, aliás, consistentemente defendido pelas várias entidades com competências na monitorização e gestão das PPP do sector da saúde (designadamente, a ACSS, a UTAP e o próprio Ministério da Saúde), em sede das suas respetivas pronúncias no contexto da formação da decisão do Estado relativamente ao término dos contratos de gestão na vertente clínica<sup>18</sup>.

Trata-se, pois, de garantir que, na avaliação da opção do Estado relativamente à renovação ou não renovação de qualquer um desses contratos, sejam aplicados *critérios comuns*, de tal forma que cada proposta de decisão resulte de uma **metodologia única**, **homogénea**, **transversal e preditiva**, que se traduza numa adequada fundamentação e que contemple, necessariamente, a avaliação do equilíbrio económico-financeiro do contrato e o *value for money* do mesmo numa lógica ex *post*, a demonstração da vantagem da opção em causa<sup>19</sup> e, em qualquer caso, a explicitação da salvaguarda do interesse público.

Página 25 de 332

N. J. MEM

<sup>18</sup> Cfr., a título de exemplo, e pela sua precedência cronológica, as posições referidas nos n.ºs 9, 12 e 15 supra.

<sup>19</sup> Por exemplo, a vantagem da renovação contratual, secundarizando, assim, a abertura de um novo procedimento ou a vantagem de um cenário de internalização dos serviços clínicos por oposição a um cenário de manutenção da opção de PPP.

37. Não obstante esta preocupação de construção de uma metodologia única, entende-se, contudo, que, tal como defendido pela UTAP na sua Informação n.º 006/2015, cada "decisão deve ser tomada caso a caso, atendendo às circunstâncias e peculiaridades de cada contrato, nomeadamente considerando os pressupostos e caraterísticas de cada projeto, o histórico da respetiva execução e performance do parceiro privado, nas suas diversas vertentes, nomeadamente, através de uma ponderação geral e abrangente de todas as componentes de gestão do estabelecimento em causa, bem como a um nível técnico, financeiro e jurídico".

Deve ainda atender-se aos circunstancialismos do momento da efetiva tomada de decisão, uma vez que as datas de termo do primeiro e do último prazo contratual aplicável são separadas por mais de três anos.

38. A outro nível, é de reter que, caso se conclua pela vantagem de ser mantida a gestão clínica sob a égide de um modelo de PPP, a opção entre os cenários de renovação ou de não renovação deve, em qualquer caso, observar os condicionalismos decorrentes da legislação aplicável, incluindo as disposições e princípios previstos no enquadramento jurídico aplicável às PPP, atualmente constante do Decreto-Lei n.º 111/2012.

Importa aqui ter presentes, desde logo, os contornos da figura da renovação contratual, bem como os limites que comummente são erguidos ao recurso à mesma. A título exemplificativo, refira-se o entendimento do Tribunal de Contas de que a "renovação contratual equivale à reconstituição, no termo do prazo e em iguais moldes ou próximos, do complexo originalmente inscrito no contrato inicial", acrescentando ainda que a renovação corresponde à "outorga de um novo título jurídico ao mesmo sujeito, com o mesmo objeto, e, em princípio, com as mesmas condições do título anterior ou semelhantes" (Acórdão n.º 5/2012, de 17 de dezembro<sup>20</sup>). Ademais, revela-se ainda necessário, como melhor se verá, demonstrar a vantagem desta solução perante as demais.

Ainda num cenário de renovação, e caso o mesmo possa porventura ser precedido de um hipotético processo de modificação objetiva, cabe verificar da necessidade de aplicação das exigências constantes do Decreto-Lei n.º 111/2012 para a renegociação de contratos.

Da mesma maneira, perfilhando-se o lançamento de uma nova parceria, devem ainda ser integralmente preenchidos os requisitos legais aplicáveis e ainda não observados do referido decreto-lei, bem como o CCP.

<sup>20</sup> Em sentido idêntico, cfr. Acórdão do Tribunal de Contas n.º 6/2013, de 9 de julho.

39. A <u>manutenção da parceria atualmente existente, por via da adoção do cenário de</u> renovação, terá de observar ainda os constrangimentos resultantes do Contrato de Gestão.

No que se refere ao clausulado contratual, importa relembrar que todos os contratos de PPP atualmente em vigor preveem a possibilidade da sua renovação, no que diz respeito à gestão do estabelecimento hospitalar, por períodos sucessivos, não superiores a dez anos, num total que não pode exceder o termo do prazo previsto para a respetiva EGED, ou seja, poderão ser renovados por um máximo de vinte anos.

Esta possibilidade, à qual não são associadas, de forma expressa, quaisquer condições ou restrições adicionais, no caso de Cascais, Braga e Vila Franca de Xira, depende, no caso do Hospital de Loures, de (i) "o resultado das avaliações de desempenho ao abrigo da Cláusula 74.ª do Contrato" ser "qualificado, em todos os anos, no mínimo, como BOM"; (ii) "a Entidade Pública Contratante não [pretender], por razões de interesse público, introduzir modificações na actividade objecto da parceria que se mostrem incompatíveis com a continuidade do Contrato"; e (iii) "a renovação do Contrato não [colidir] com qualquer dos princípios do regime de parcerias".

No entanto, tendo em consideração o princípio assumido pela Equipa de Projeto, entendeu-se ser conveniente assumir como ponto de partida comum a todos os contratos os requisitos adicionais previstos para a renovação do contrato de gestão do Hospital de Loures, sob pena de ficar comprometida a almejada homogeneidade da Metodologia.

40. Acresce que, aquando da constituição da Equipa de Projeto, existia já um conjunto de estudos, relatórios e documentos de análise, produzidos no quadro do processo de ponderação da decisão do Estado Português quanto ao término dos contratos, aos quais aludiu a ACSS no contexto da sua Proposta Fundamentada, recomendando a consideração dos mesmos no seio dos trabalhos da Equipa de Projeto.

aglina 27 de 332 12

Tendo em consideração a inquestionável utilidade do referido trabalho prévio desenvolvido, a Equipa de Projeto considerou, desde logo, o conteúdo destes documentos:

- a) Como ponto de partida da sua própria Metodologia, sem prejuízo, naturalmente, de ser assumido que os mesmos seriam perscrutados de forma crítica no decorrer dos trabalhos<sup>21</sup>; ou
- b) Como parte integrante da sua Metodologia, quando tal se revelou recomendável tal como aconteceu no caso do Estudo de Avaliação das Parcerias Público-Privadas na Saúde, elaborado pela ERS, no contexto da avaliação externa independente prevista no Programa do XXI Governo Constitucional (e que, à data de elaboração da Proposta Fundamentada, não se encontrava ainda concluído).

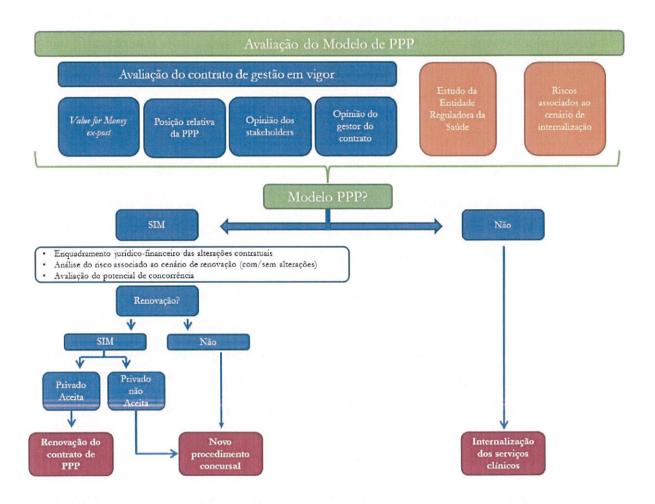
Importa contudo referir que, de acordo com o modelo de *governance* estabelecido, a Equipa de Projeto assumiu, desde o início, a necessária reconfirmação de todos os pressupostos utilizados nos referidos estudos, de forma a garantir a propriedade das suas conclusões, designadamente no que se refere ao processo de avaliação do *value for money* das parcerias em causa.

No que respeita ao teor da Proposta Fundamentada, foram ainda considerados os elementos enunciados pela ARSLVT e pela ARSN como melhorias a introduzir aos respetivos contratos ou no modo como os mesmos estão a ser executados (cfr. Anexos 2 e 3, respetivamente, à Proposta Fundamentada), bem como as informações posteriormente prestadas por estas entidades a este respeito, tendo sido a análise jurídico-financeira dos seus impactos considerada para efeitos da definição da proposta de decisão.

<sup>21</sup> A título meramente exemplificativo, refira-se o caso do Relatório do *Value for Money* da PPP Hospitalar do Hospital de Braga, disponibilizado pela ARSN, e que consta como Anexo 1 à Proposta Fundamentada da ACSS, e em relação ao qual essa entidade considera (cfr. resulta do exposto no n.º 43 da Proposta Fundamentada) que a Equipa de Projeto deve questionar a sua atualidade, metodologia e pressupostos, tanto mais que um dos objetivos da equipa é precisamente aferir o value for money das parcerias em causa.

#### 2.2. Definição da Metodologia

41. Assentes os pressupostos enunciados, a Equipa de Projeto desenvolveu e adotou a Metodologia de avaliação dos vários "modelos passíveis de ser adotados para garantir a continuidade da prestação dos cuidados após o término" dos contratos de PPP, que se encontra esquematicamente ilustrada na seguinte figura ("Árvore de Decisão"):



42. Daqui decorre que, como ponto prévio e prioritário a qualquer análise e à seleção dos vários cenários equacionáveis, a Equipa de Projeto entendeu que, *num primeiro momento*, se deveria começar por responder a uma "*primeira questão central*":

"No caso das PPP atualmente existentes no sector da saúde, qual a solução de gestão clínica, pública ou privada, que apresenta para o Estado maior value for money?"

Página 29 de 332

Il de la

Para este efeito, a Metodologia parte de um *raciocínio lógico dedutivo*, no qual se procura (i) por um lado, concluir sobre a razoabilidade e o valor acrescentado (a vários níveis, seja em termos técnicos, financeiros ou contratuais/alocação de risco) do modelo de PPP, quando aplicado genericamente à prestação de serviços clínicos; e (ii) por outro lado, aferir da racionalidade económica subjacente à aplicação do modelo de PPP em concreto ao hospital objeto de análise, considerando as especificações concretas do respetivo contrato de gestão, bem como o resultado da sua execução de facto<sup>22</sup>.

Com base neste primeiro exercício, afigura-se, desde logo, possível *deduzir* acerca da eventual superioridade relativa do modelo de PPP face ao modelo da internalização dos serviços clínicos e, em consequência, eleger um de entre os dois cenários possíveis: o "cenário da PPP" ou o "cenário da internalização".

- 43. Num segundo momento, respondida a "primeira questão central", verifica-se que:
- a) Nos casos em que o cenário escolhido seja o "cenário da internalização", a
  aplicação da Metodologia fica, de imediato, concluída, inferindo-se a partir daí
  o sentido da proposta de decisão da Equipa de Projeto;
- b) Nos casos em que se encontre justificada a decisão de continuidade do "cenário da PPP", parte-se para a resposta a uma "segunda questão central":

"Admitindo-se que a gestão clínica privada apresenta maior value for money para o Estado do que um cenário de gestão pública, deve o Estado, no caso específico do hospital em causa, exercer a sua faculdade de renovação do contrato ou, ao invés, iniciar um novo procedimento pré-contratual?"

Neste caso, torna-se, pois, imprescindível averiguar qual o cenário, de "renovação" ou "não renovação", que se revela mais consentâneo com a necessária e intransigente defesa dos interesses públicos em presença. Em função desta última análise, o resultado da aplicação da Metodologia culmina com uma proposta de decisão no sentido do "exercício da faculdade de renovação do contrato por parte do parceiro público" ou de "lançamento de um novo procedimento".

<sup>22</sup> Importa, todavia, deixar claro que a validação da execução de facto dos contratos de gestão extravasa o escopo da missão da Equipa de Projeto.

Ainda no contexto desta decisão entre os cenários de "exercício da faculdade de renovação do contrato por parte do parceiro público" ou de "lançamento de um novo procedimento", a Metodologia pressupõe, naturalmente, que sejam consideradas as alterações contratuais propostas pelas entidades públicas encarregues da gestão dos contratos (a ARSLVT, no caso de Cascais, e a ARSN, no caso de Braga), bem como "os riscos e os limites que são necessários verificar em concreto no procedimento de renovação ou de não renovação de cada contrato de gestão", desde logo, contratuais e legais.

#### 2.3. Aplicação da Metodologia

44. Uma vez definida a abordagem metodológica desenvolvida e adotada pela Equipa de Projeto – a qual se propõe que seja aplicada, de forma uniforme e transversal, a todas as PPP da saúde e, tal como já foi aplicada à PPP de Cascais, será também aplicada à PPP de Braga, que constituem o mandato atual da Equipa de Projeto -, importa agora descrever a forma como se entende que a Metodologia deve ser aplicada em concreto.

### 2.3.1. Primeiro momento de análise

- 45. Em linha com a estrutura avançada anteriormente e tal como decorre da figura constante do n.º 41, no primeiro momento da análise, relativo à "avaliação do modelo PPP", a Metodologia incorpora:
  - Não só a avaliação do contrato em vigor (cfr. ponto 3.2.1. do presente a) Relatório); mas também;
  - Os resultados da avaliação técnica independente levada a cabo pela ERS<sup>23</sup>, b) relativamente à gestão dos hospitais em regime de PPP, a qual procurou identificar "o que de positivo [as PPP] trouxeram ao SNS, mas também que desvantagens comparativas encerram", com base numa análise das vertentes de eficiência

<sup>23</sup> O referido estudo, cujas conclusões se detalham no ponto 3.2.2. do presente Relatório, foi elaborado por pedido expresso do Ministério da Saúde, conforme decorre do referido no n.º 16 supra, tendo o mesmo sido concluído em 23 de fevereiro de 2016.

- relativa, de eficácia, de qualidade clínica e de custos de regulação (*cfr.* ponto 3.2.2. do presente Relatório); e
- c) Os riscos associados à implementação de um cenário de internalização<sup>24</sup> (cfr. ponto 3.2.3. do presente Relatório).
- 46. No que respeita à componente relativa à "avaliação do contrato em vigor" (referida na alínea *a*) do parágrafo anterior), convém explicitar desde já que a Metodologia visa, numa lógica *ex post*, aferir o *value for money* atual da parceria, sob dois pontos de vista distintos, a saber:
  - a) Por um lado, verificar se o value for money (nas suas várias componentes, considerando, simultaneamente, aspetos qualitativos e quantitativos) perspetivado pelo Estado aquando da decisão de lançamento do procedimento se veio efetivamente a materializar e em que medida ("Performance individual da PPP"). Para tal, a Metodologia prevê o recurso a uma análise dos resultados da execução contratual de facto, com o propósito de averiguar o nível de cumprimento das expectativas iniciais ao longo do período analisado (cfr. ponto 3.2.1.1. do presente Relatório); e
  - b) Por outro lado, aferir o value for money da parceria, tendo por base uma comparação relativa, assente nos valores historicamente verificados, por confronto do hospital em causa com um conjunto de unidades hospitalares em gestão pública consideradas (de acordo com os critérios definidos pela Equipa de Projeto, melhor descritos no ponto 3.2.1.2. do presente Relatório) comparáveis com esse hospital, o designado "Grupo de Referência" ("Performance relativa da PPP").

Ainda no contexto da "avaliação do contrato em vigor", a Metodologia pressupõe que sejam consideradas duas componentes adicionais, relativas à avaliação da execução contratual de facto: (i) por um lado, a opinião do gestor do contrato relativamente ao desempenho do parceiro privado ao longo do período de execução (inserindo-se esta análise no quadro da avaliação da performance individual da PPP); e (ii), por outro lado, a opinião

<sup>24</sup> Não se abordam, neste ponto, os aspetos da racionalidade económica associada a este cenário, uma vez que essa questão será analisada, ao contrário, aquando da aferição do valor acrescentado da PPP em termos económico-financeiros e contratuais/alocação de risco.

de outros *stakeholders* (no contexto da *performance individual da PPP*), com os quais o hospital se relaciona, no quadro do Contrato de Gestão, designadamente ao nível das redes de referenciação.

47. No que se refere, em concreto, à metodologia para avaliação do *value for money* de uma parceria, importa ter presente o enquadramento legal atualmente aplicável às PPP, concretamente, os princípios que, de acordo com o previsto no Decreto-Lei n.º 111/2012, deverão presidir à avaliação de uma parceria.

Com efeito, nos termos do referido diploma legal, o lançamento de uma qualquer parceria deve assentar num conjunto de pressupostos que demonstrem a racionalidade económica da mesma e os benefícios para o sector público relativamente a formas alternativas de alcançar os mesmos fins. Ora, convocando estes princípios (subjacentes ao momento do lançamento da parceria) numa lógica ex post, poder-se-á concluir pela conveniência da sua aplicação na aferição do value for money atual das parcerias em questão, o que se revela particularmente pertinente quando dessa avaliação dependerá uma eventual decisão futura de lançamento de uma nova parceria ou de renovação da atualmente existente.

Por outras palavras, identifica-se, na análise do tema em presença, uma certa analogia com a análise que, nos termos e para os efeitos do Decreto-Lei n.º 111/2012, deve preceder qualquer decisão de lançamento de uma PPP.

Assim, e seguindo, mais uma vez, um *raciocínio lógico dedutivo*, concluiu a Equipa de Projeto ser prudente e recomendável absorver, no seu exercício de aferição do *value for money* atual das PPP, os princípios base previstos nos diplomas legais aplicáveis às PPP, desde logo os que decorrem:

- a) Do disposto na alínea a) do n.º 2 do artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, que impõe à equipa de projeto, no âmbito do processo de estudo e lançamento de um projeto, que elabore "a justificação do modelo a adotar, demonstrando a inexistência de alternativas equiparáveis dotadas de maior eficiência técnica e operacional ou de maior racionalidade económica e financeira" (sublinhado nosso); e
- b) Do n.º 2 do artigo 19.º da Lei de Enquadramento Orçamental, que estabelece que "a avaliação da economia, da eficiência e da eficácia de programas com recurso a parcerias dos setores público e privado tomará como base um programa alternativo visando a obtenção

Página 33 de 332

R

dos mesmos objetivos com exclusão de financiamentos ou de exploração a cargo de entidades privadas, devendo incluir, sempre que possível, a estimativa da sua incidência orçamental líquida".

Destes princípios pode, pois, retirar-se a necessidade de avaliar a melhor opção de gestão clínica tendo por base o objetivo de maximização do valor aportado por essa opção, sobretudo em termos de benefício líquido para o sector público.

Afigura-se, assim, determinante, nesta fase, decidir entre (i) a opção de gestão exclusivamente pública e (ii) a opção de recurso a um modelo de PPP.

48. De acordo com o disposto no artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, uma PPP constitui um "contrato ou a união de contratos por via dos quais entidades privadas, designadas por parceiros privados, se obrigam, de forma duradoura, perante um parceiro público, a assegurar, mediante contrapartida, o desenvolvimento de uma atividade tendente à satisfação de uma necessidade coletiva, em que a responsabilidade pelo investimento, financiamento, exploração, e riscos associados, incumbem, no todo ou em parte, ao parceiro privado."

Nos termos do mesmo diploma, destacam-se como finalidades essenciais das parcerias a economia e o acréscimo de eficiência na afetação de recursos públicos em face de outros modelos de contratação, bem como a melhoria qualitativa e quantitativa do serviço, induzida por formas de controlo eficazes que permitam a sua avaliação permanente por parte do parceiro público e dos potenciais utentes.

Ademais, e ao nível da repartição de responsabilidades, o modelo de PPP destaca-se do modelo tradicional de contratação pública pelo facto de permitir uma maior partilha de riscos entre os sectores público e privado, verificando-se que, em regra, incumbe (i) ao parceiro público o acompanhamento, a avaliação e o controlo da execução do objeto da parceria, de forma a garantir que são alcançados os fins de interesse público subjacentes; e (ii) ao parceiro privado o exercício e a gestão da atividade contratada, de acordo com os termos acordados, bem como o financiamento, no todo ou em parte, do projeto, quando este seja aplicável.

Atentas as opções existentes, a definição de PPP e os fins visados com a mesma, seja em termos de serviço e de resultados, seja ao nível da alocação de responsabilidades e riscos, cumpre realçar que a recomendação da Equipa de Projeto em termos de opção entre um modelo de gestão pública ou privada se deve basear, *a final*, na garantia do *value for money* 

da opção recomendada. Desta forma, a opção pelo modelo de PPP deve ser adotada apenas quando a mesma se afigure como a mais recomendada para alcançar os fins pretendidos de economia, eficiência e eficácia na afetação dos recursos públicos, devendo nesse caso a mesma revelar claramente um valor acrescentado para o erário público em face das demais alternativas (value for money).

49. À luz das melhores práticas internacionais, o estudo do *value for money* de uma parceria deve assim compreender, necessariamente, uma **análise simultaneamente qualitativa** (nomeadamente em termos de inovação e gestão contratual) **e quantitativa** dos benefícios da PPP em face da alternativa puramente pública, que suporte inequivocamente a escolha do modelo de PPP.

Assim, e no que concerne à <u>parte quantitativa da referida análise</u>, aquando do lançamento de uma qualquer parceria, entende-se que esta deve basear-se no Custo Público Comparável ("CPC"), que, em termos conceptuais, se traduz na ferramenta de cálculo do custo total do projeto ao longo do ciclo de vida do mesmo, quando este é implementado, operado, gerido e financiado pelo sector público. Este cálculo afigura-se fundamental, não só para justificar os eventuais benefícios associados à opção pela modalidade de PPP e, assim, realizar "a avaliação da economia, da eficiência e da eficácia de programas com recurso a parcerias dos sectores público e privado" <sup>25</sup>, tal como estipula o n.º 2 do artigo 19.º da Lei de Enquadramento Orçamental, mas também para avaliar a estimativa da incidência orçamental líquida do projeto e respetiva comportabilidade.

O CPC assume-se, pois, como a ferramenta essencial que permite escolher, entre opções com o mesmo nível de *performance*/valor, aquela que representa um custo inferior, desempenhando assim o papel de *benchmark* para efeitos de opção quanto à modalidade de contratação do projeto pelo sector público e ainda para fins de comparabilidade das propostas dos concorrentes, quando selecionado o regime de PPP.

Página 35 de 332

M. IL

<sup>25</sup> De acordo com o disposto no artigo 30.º do Regulamento (UE, EURATOM) n.º 966/2012, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 25 de outubro de 2012, os princípios da economia, da eficiência e da eficácia, que devem reger qualquer boa gestão financeira de recursos, e que, naturalmente, se encontram embutidos nas análises preconizadas pela Equipa de Projeto na sua Metodologia, caraterizamse da seguinte forma: (i) o princípio da economia determina que os meios utilizados pela instituição no exercício das suas atividades devem ser disponibilizados em tempo útil, nas quantidades e qualidades adequadas e ao melhor preço; (ii) o princípio da eficiência visa a melhor relação entre os meios utilizados e os resultados obtidos; e (iii) o princípio da eficácia visa a consecução dos objetivos específicos fixados e a obtenção dos resultados esperados.

Na sua essência, poderá afirmar-se que o value for money inicial de qualquer parceria, na sua vertente mais quantitativa, só é passível de ser corretamente aferido quando conhecidas as propostas dos concorrentes, uma vez que, por um lado, em termos quantitativos, este valor acrescido é apurado pela diferença entre o valor do CPC e o valor da melhor oferta dos concorrentes em termos de preço (só conhecida numa fase final do procedimento) e, por outro lado, em termos qualitativos, existem componentes das referidas propostas que poderão influenciar o value for money da solução.

Por outro lado, crê-se que, não obstante esta primeira abordagem ao *value for money* da PPP — por confronto direto entre o valor que resulta do CPC e o valor pelo qual é adjudicado o contrato —, por natureza mais subjetiva e meramente estimada, em bom rigor, a verdadeira e mais correta medida do valor acrescentado de uma parceria é a que, de forma mais objetiva e factual, pode ser aferida ao longo ou após o período de execução.

#### 2.3.2. Segundo momento de análise

50. Num segundo momento da análise, e tendo sido já possível encontrar uma resposta devidamente fundamentada para a "primeira questão central", a abordagem metodológica da Equipa de Projeto ou (i) termina, nos casos em que a análise da "primeira questão central" permite concluir pela superioridade relativa do cenário de internalização, seja num contexto de abordagem holística das PPP clínicas, seja no caso concreto do hospital em causa, ou (ii) se centra na procura de uma resposta para a "segunda questão central" (assumindo, como premissa, a efetiva constatação inequívoca do value for money da PPP), na qual se confrontam os subcenários de renovação e de lançamento de nova parceria.

Para efeitos de análise e resposta a esta "segunda questão central", a Metodologia parte da aferição da medida do cumprimento dos requisitos previstos para a renovação do contrato de gestão do Hospital de Loures (cfr. n.º 2 da cláusula 38.ª do respetivo contrato), cuja aplicação entendeu a Equipa de Projeto ser de considerar relativamente a todos os demais contratos (cfr. n.º 39 do presente Relatório)<sup>26</sup>.

<sup>26</sup> A consideração dos requisitos previstos para a renovação do contrato de gestão do Hospital de Loures não implica, contudo, como melhor se verá, uma aplicação rígida e formalista dos mesmos.

No caso de se ter como juridicamente admissíveis as alterações aos contratos consideradas imprescindíveis pelo parceiro público, a decisão de renovação deverá ainda depender da incorporação dessas mesmas alterações nos contratos.

A outro tempo, como posição de princípio, qualquer decisão de renovação do contrato de gestão em causa deve ser precedida de uma adequada fundamentação na ótica do interesse público. A este respeito, atente-se nas palavras do Tribunal de Contas, proferidas no Acórdão n.º 5/2012, de 17 de dezembro: "[e]mbora admissíveis, a prorrogação e renovação contratuais exigem adequada fundamentação, que contemplará, necessariamente, a ponderação do reequilíbrio económico-financeiro do contrato, a demonstração da vantagem da opção pela renovação/prorrogação contratuais [secundarizando, assim, a abertura de um novo procedimento], e, em qualquer caso, a explicitação da salvaguarda do interesse público".

O que vale por dizer que <u>a renovação só se justificará se, tudo ponderado, se conclua</u> que essa solução prossegue mais cabalmente o interesse público do que as demais alternativas, nomeadamente do que a abertura de um novo procedimento concorrencial, visando a escolha de uma nova proposta.

#### 2.4. Breve descrição das soluções possíveis; remissão

- 51. Em linha com os trabalhos que antecederam a constituição da Equipa de Projeto, foram assumidos como base de trabalho, no presente Relatório, os cenários de decisão identificados no mapa de análise que constitui o *Anexo* 8, para o qual se remete, que poderão ser reconduzidos aos seguintes:
  - Cenário A.1: Renovação do contrato de gestão, na parte referente ao estabelecimento hospitalar, mantendo-se os exatos termos e condições do mesmo, sem prejuízo de eventuais atualizações;
  - Cenário A.2: Renovação do contrato precedida da negociação de alterações ao clausulado contratual, operadas mediante modificação objetiva do contrato, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 111/2012. Este cenário pressupõe, previamente à renovação, a implementação de um procedimento negocial com o parceiro privado com vista à alteração do contrato, blindada aos limites legais da alteração objetiva dos contratos públicos, e posterior renovação do contrato renegociado;

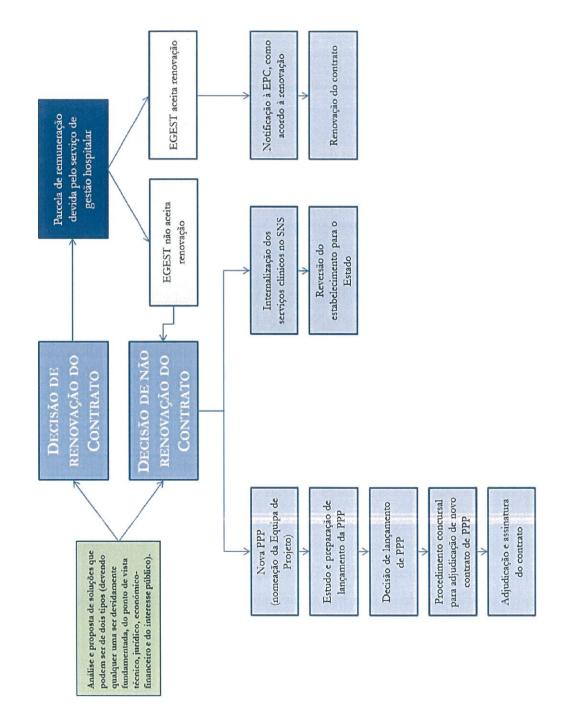
Página 37 de 332

- Cenário B.1: Estudo, preparação e lançamento de uma nova PPP, na vertente de gestão do estabelecimento hospitalar (nos termos do Decreto-Lei n.º 111/2012 e do CCP);
- Cenário B.2: Adoção de outro modelo de contratação da gestão clínica, concretizada pela implementação de um procedimento distinto do modelo de PPP<sup>27</sup>;
- Cenário B.3: Internalização dos serviços clínicos, mediante adoção de um modelo de gestão direta pelo Estado, no SNS, através da implementação do mecanismo contratual de reversão do estabelecimento hospitalar para o parceiro público.

Noutro prisma, os vários cenários identificados *supra* podem ser resumidos esquematicamente do seguinte modo:

<sup>27</sup> Este cenário não foi objeto de análise por parte da Equipa de Projeto, uma vez que o mesmo foi desde logo afastado pela Tutela Sectorial, conforme consta da Nota Interna do Gabinete do Senhor Secretário de Estado da Saúde, de 12 de dezembro de 2015, cfr. é referido na alínea b) do n.º 16 supra.

CENÁRIOS RELATIVOS AO FUTURO DOS CONTRATOS DE GESTÃO NO SECTOR DA SAÚDE



Les Andrews

#### 3. APLICAÇÃO DA METODOLOGIA AO HOSPITAL DE BRAGA

**52.** Conhecido o ponto de partida dos trabalhos da Equipa de Projeto, em termos de finalidades, objeto e Metodologia, e ainda antes de se avançar para a "primeira questão central" deste Relatório, cumpre, a título prévio, caraterizar devidamente a realidade, clínica e contratual, sobre a qual a análise a encetar vai incidir.

# 3.1. Caraterização da PPP do Hospital de Braga

#### 3.1.1. Origem e antecedentes

53. O atual Hospital de Braga tem origem no Hospital de São Marcos ("HSM"), sob administração da Santa Casa da Misericórdia de Braga até 1974, ano em que o processo de nacionalização dos hospitais centrais e distritais o veio a integrar na rede hospitalar do SNS, equiparando-o a hospital central e de referência para toda a zona do Minho.

Ao longo dos tempos, em função da necessidade de aumentar a capacidade de resposta do HSM às necessidades crescentes e exigências da população, as instalações hospitalares foram sendo ampliadas, com unidades infraestruturais edificadas em diferentes épocas e sem uma lógica e estrutura coerentes, de tal forma que, apesar dos investimentos de expansão e das sucessivas renovações e remodelações, as mesmas não se afiguravam adequadas para suportar cabalmente as operações inerentes a uma unidade hospitalar central, nem para prestar um serviço público de saúde moderno, em termos de atendimento e internamento, nem para assegurar a condução em condições modelares do novo ensino pré-graduado de medicina (em articulação com a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Minho).

54. Não obstante e conforme já referido anteriormente, o HSM servia como hospital de referência para toda a zona do Minho, abarcando os distritos de Braga e de Viana do Castelo, constituindo a última linha de cuidados hospitalares para a respetiva população.

O número de camas do hospital aumentou de 539, em 1998, para 578, em 2003, representando um crescimento global de aproximadamente 7,2%, tendo-se verificado uma evolução positiva na taxa de ocupação no internamento (de, por exemplo, 63% em 1998, para 73% em 2003). No tocante à lotação, o HSM contava ainda com 50 berços e 9 camas do serviço de observações na urgência.

- 55. Em termos de perfil assistencial, o HSM assegurava a prestação de cuidados de saúde no âmbito das seguintes especialidades:
  - Especialidades médicas:
    - Medicina interna;
    - Cardiologia;
    - Neurologia;
    - Gastrenterologia;
    - Pneumologia;
    - Dermatovenerologia;
    - Psiquiatria;
    - Pediatria.
  - Especialidades cirúrgicas:
    - Endocrinologia;
    - Cirurgia geral;
    - Ortopedia;
    - Urologia;
    - Cirurgia plástica reconstrutiva;
    - Angiologia e cirurgia vascular;
    - Neurocirurgia;
    - Otorrinolaringologia;
    - Oftalmologia;
    - Ginecologia / obstetrícia;
    - Estomatologia.
  - Diagnóstico e terapêutica:
    - Anestesiologia;
    - Patologia clínica;

Página 41 de 332

- Anatomia patológica;
- Radiodiagnóstico;
- Neurorradiologia;
- Imuno-hemoterapia;
- Medicina física e de reabilitação.

## 3.1.2. Contexto e enquadramento legal

56. No final da década de 90 e perante a necessidade de realizar intervenções de renovação e de reorganização da rede do SNS, foi equacionada, pelos sucessivos Governos em funções, a possibilidade de recorrer ao estabelecimento de PPP's no sector da saúde como via para a realização dessas intervenções.

Visava-se, com o estabelecimento destas parcerias, implementar formas inovadoras de partilha do risco na prestação de cuidados de saúde, captar os benefícios advenientes das experiências de gestão privada e, bem assim, beneficiar do *know-how* e capacidade dos privados na conceção, construção, financiamento e exploração de unidades hospitalares.

57. Não admira, assim, que o sector da saúde tenha sido pioneiro em termos de regulamentação legal da estruturação de projetos na modalidade de PPP em Portugal.

Com efeito, o primeiro regime legal de PPP em Portugal foi aprovado pelo Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, que definiu os princípios e os instrumentos para o estabelecimento de parcerias em saúde, entre o Ministério da Saúde, ou instituições e serviços integrados no SNS, e entidades privadas.

Só posteriormente, em 2003, veio a ser publicado o primeiro diploma de regulamentação de PPP transversal a todos os setores de atividade, a saber, o Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de abril, o qual estabeleceu as normas específicas aplicáveis à intervenção do Estado na definição, conceção, preparação, concurso, adjudicação, alteração, fiscalização e acompanhamento das PPP.

Refira-se que este último diploma admite a existência de regimes sectoriais, como é o caso do sector da saúde, tendo por isso mantido em vigor o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, com muito pontuais e circunscritas alterações.

De referir ainda que, também em 2003, foram publicados dois decretos regulamentares exclusivos para o sector da saúde e relevantes para a estruturação de parcerias em saúde, a saber, o Decreto Regulamentar n.º 10/2003, de 28 de fevereiro, que aprovou as condições gerais dos procedimentos prévios à celebração dos contratos de gestão para o estabelecimento de parcerias em saúde, e o Decreto Regulamentar n.º 14/2003, de 24 de abril, que definiu o caderno de encargos tipo dos contratos de gestão que envolvam as atividades de conceção, construção, financiamento, conservação e exploração de estabelecimentos hospitalares com responsabilidade pelas prestações de saúde.

Todos estes diplomas viriam a ser parcialmente alterados pelo Decreto-Lei n.º 141/2006, de 27 de julho, que introduziu a primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de abril, revendo o regime jurídico geral das PPP e, novamente, em 2008, pelo CCP, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro.

Mais recentemente e dando cumprimento aos objetivos e medidas previstas no Programa de Assistência Financeira acordado com a União Europeia, o Fundo Monetário Internacional e o Banco Central Europeu, mais concretamente no que respeita à obrigação do Estado Português de introduzir no ordenamento jurídico um quadro legal e institucional reforçado, no âmbito do Ministério das Finanças, que permitisse um efetivo e rigoroso controlo dos encargos, bem como dos riscos, associados às PPP, foi publicado, em 23 de maio de 2012, o Decreto-Lei n.º 111/2012, que, revogando o anterior diploma de 2003, (i) redefiniu as normas gerais aplicáveis à intervenção do Estado na definição, conceção, preparação, lançamento, adjudicação, alteração, fiscalização e acompanhamento global das PPP e (ii) criou a UTAP.

De referir que, sem prejuízo da aprovação do Decreto-Lei n.º 111/2012, o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, mantém-se em vigor, pese embora, em face das sucessivas alterações a que foi sujeito, se encontre esvaziado de muitos dos conteúdos que inicialmente regulava.

ágina 43 de 332

17 FC

# 3.1.3. Conceção do modelo contratual de parceria

58. Com base no quadro legal acima descrito, foi sendo concebido e desenvolvido um modelo de implementação das parcerias de saúde, quer em termos da sua estruturação contratual, quer em termos da regulação dos procedimentos para a sua formação.

De forma muito sintética, apresentam-se, de seguida, os princípios gerais que pautaram o modelo desenvolvido para implementação das parcerias em saúde e que viriam a ser adotados para a formação e estruturação dos primeiros projetos, também designados como PPP hospitalares de "primeira vaga", em que, como veremos mais à frente, o atual Hospital de Braga, se insere.

59. O modelo de PPP adotado entre nós foi erigido com base numa estrutura de contrato de gestão e de um objeto bastante amplo de atividades, desde a conceção, construção, financiamento, conservação e exploração dos ativos infraestruturais, até à gestão da prestação de cuidados de saúde hospitalar.

As vantagens que se antecipavam poder resultar da adoção de um modelo integrado de parceria que incluísse a gestão da prestação de cuidados de saúde e a construção e manutenção (bem como o financiamento) da correspondente infraestrutura, prendiam-se com a esperada inovação e impacto positivo que seriam aportados aos projetos, num contexto de articulação e complementaridade, dessas duas vertentes, pelos parceiros privados.

Dada a abrangência e a natureza distinta do conjunto de atividades que compõem o objeto do modelo gizado, a parceria concretiza-se e desenvolve-se através de duas entidades gestoras com responsabilidades diferentes e delimitadas, num quadro de articulação e complementaridade. O modelo contratual desenvolvido tem também horizontes temporais distintos para cada uma das duas entidades gestoras, mecanismos de pagamento igualmente distintos, gerando fluxos de pagamento independentes, de modo a permitir uma adequada afetação, entre as duas entidades gestoras, dos riscos transferidos pela EPC.

- **60.** Assim, e tal como se começou por assinalar, cada uma das componentes destes contratos de PPP é implementada:
  - Por uma EGEST, que assume a aquisição e financiamento do equipamento médico necessário ao funcionamento da unidade hospitalar e a gestão da prestação dos serviços clínicos, durante um período standard de dez anos;
  - Por uma EGED, que assume a prestação dos serviços infraestruturais, durante um período *standard* de trinta anos, sendo responsável pela conceção, construção, financiamento e manutenção do edifício.

Relativamente à EGEST, os pagamentos por parte do parceiro público são baseados (i) na produção clínica efetivamente realizada por grandes linhas de atividade (internamento, consulta externa, urgência e hospital de dia), (ii) na disponibilidade de determinados serviços hospitalares específicos (designadamente, o serviço de urgência) e (iii) no diferencial de despesa relativa a produtos farmacêuticos prescritos pela unidade hospitalar face à média de um grupo de referência (com sinal positivo ou negativo), sendo ainda objeto de deduções por falhas de desempenho, de serviço ou falhas específicas (definidas e aplicadas de acordo com o previsto contratualmente).

Por seu turno, a remuneração da EGED é baseada na disponibilidade da infraestrutura, em função das tabelas pré-definidas contratualmente (total ou parcialmente indexada à inflação), sendo o respetivo valor ajustado quer por eventuais deduções relativas a falhas no cumprimento de obrigações contratuais, quer pelos proveitos relativos ao mecanismo de partilha (entre EGED e EPC) das receitas de terceiros relacionadas com a exploração de parques de estacionamento e/ou zonas comerciais.

Sendo os contratos de PPP baseados em *outputs* e resultados (contratos de *performance*), é estabelecido, para cada uma das entidades gestoras, um sistema de indicadores de desempenho e de metas que, se não forem atingidas, implicam penalizações e deduções na remuneração.

O modelo foi ainda desenvolvido tendo em conta que, nos casos em que os novos hospitais se destinavam a substituir unidades existentes, como é o caso do Hospital de Braga, o operador privado ficaria igualmente responsável pela gestão clínica do hospital a substituir durante o período em que decorresse a construção das novas instalações. Desta forma, a responsabilidade pela transferência das operações da antiga unidade hospitalar para a nova unidade seria igualmente do parceiro privado.

Página 45 de 332

# 3.1.4. Programa de PPP hospitalares em que se insere o Hospital de Braga

61. O primeiro programa de PPP hospitalares foi anunciado pelo XIV Governo Constitucional em 2001 e integrava inicialmente três hospitais de substituição (Cascais, Braga e Vila Franca de Xira) e dois hospitais novos (Loures e Sintra). Em 2002, já no XV Governo Constitucional, foi anunciada a intenção de incluir, no âmbito desse programa, um conjunto adicional de outras cinco PPP hospitalares, a saber, as dos hospitais de Évora, Vila Nova de Gaia, Póvoa de Varzim/Vila do Conde, Algarve e Guarda.

Em 2001, com vista a implementar o programa de PPP hospitalares acima descrito, incluindo o Hospital de Braga, foi criada, na dependência do Ministro da Saúde, a Estrutura de Missão Parcerias Saúde.

Posteriormente, em 2002, foram criados, no seio dessa Estrutura de Missão, Grupos de Coordenação Interdepartamental para o lançamento dos projetos hospitalares em PPP (cfr. Despacho n.º 1977/2002, de 2 de janeiro, do Ministro da Saúde, publicado no Diário da República, n.º 21, 2.ª Série, de 25 de janeiro de 2002).

62. Em 2002, o conjunto de hospitais que integravam o programa de PPP hospitalares a desenvolver incluía dez unidades (8 hospitais de substituição e 2 hospitais novos). A carteira de projetos de PPP em preparação viria ainda a aumentar, com a inclusão de uma parceria para conclusão da construção, equipamento, financiamento e exploração de um hospital especializado (o Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul ("CMFRS"), em São Brás de Alportel) e um projeto não hospitalar consistente na montagem, financiamento e operação do Centro de Atendimento do SNS – Linha de Saúde 24.

O núcleo central de objetivos subjacente à execução do programa de PPP incluía, inter alia, os seguintes:

- A melhoria geral do acesso e, em especial, dos níveis de comodidade aos cuidados básicos e especializados de saúde por parte das populações das áreas beneficiadas;
- A melhoria da qualidade dos serviços prestados, em termos de padrões de atendimento e de acolhimento, bem como da sua necessária humanização;

- A construção de modernas unidades hospitalares, de acordo com uma lógica de investimento mais racional e capaz de introduzir inovações infraestruturais e técnicas;
- A adoção de um modelo de gestão de natureza empresarial, globalmente mais económico, eficiente e eficaz, baseado na transferência de riscos para os operadores privados.
- 63. A primeira etapa, visível, de arranque do programa de PPP hospitalares ocorreu no final de 2003, com o lançamento do procedimento concursal para o estabelecimento da PPP relativa ao Hospital de Loures (posteriormente anulado em 2005 e relançado em 2007), a que se seguiu o lançamento dos concursos para as restantes PPP incluídas na primeira vaga, com pontuais exceções. Assim, em 2004, foi lançado o concurso para o Centro de Atendimento do SNS Linha de Saúde 24 e para o Hospital de Cascais e, em 2005 foram lançados os concursos para o Hospital de Braga, para o CMFRS e para o Hospital de Vila Franca de Xira.

# 3.1.5. Estudo, lançamento e contratualização da PPP relativa ao Hospital de Braga

64. A construção de raiz do novo Hospital de Braga foi equacionada, pela primeira vez, ainda durante os anos 90, tendo o mesmo sido inserido no primeiro programa de PPP, no final de 2001, enquanto hospital de substituição. Sendo o HSM considerado um hospital de plataforma A, integrado na rede hospitalar do SNS com a classificação equiparada a hospital central e como referência de toda a sua área de influência (distritos de Braga e de Viana do Castelo), o novo Hospital de Braga viria a ser definido como o hospital de referência para toda a região do Minho, constituindo a última linha de cuidados hospitalares dessa população.

Posteriormente, o lançamento do novo Hospital de Braga, em regime de PPP, foi contemplado nas Grandes Opções do Plano para 2004 e no relatório do Orçamento do Estado para 2004, tendo-se iniciado o estudo e preparação do respetivo projeto de PPP.

ágina 47 de 332

- 65. Para se aqui chegar, procedeu-se à análise das opões fundamentais passíveis de ser adotadas relativamente ao Hospital de Braga, tendo sido considerada<sup>28</sup>:
  - a) Uma "Opção 0", que consistiria em "não fazer nada", mantendo o padrão de prestação do serviço público de saúde e de satisfação das necessidades da população, quer através do HSM (instalação hospitalar arrendada à Santa Casa da Misericórdia de Braga), basicamente com a mesma carteira de serviços, quer através dos demais hospitais da zona Norte do país; e
  - b) Uma "Opção 1", que previa a construção de uma nova unidade hospitalar moderna e modelar, com revisão da área de influência e com perfil assistencial atualizado, tendo por base o então existente no HSM.

A análise da "Opção 0" revelou-se necessária, quer do ponto de vista metodológico, quer pelo facto de o HSM, na altura, responder às necessidades da sua área de influência, tendo em conta as capacidades existentes e o nível de qualidade da prestação de serviços clínicos (confirmada pelo processo de acreditação do hospital).

Não obstante, as limitações infraestruturais do hospital comprometiam uma solução estruturante e coerente para uma moderna prestação de cuidados de saúde, sendo evidentes e geradoras de constrangimentos a vários níveis, sendo de destacar:

- a) A dispersão de edifícios e serviços;
- b) A inadequação e antiguidade de determinadas instalações;
- c) A insuficiência de espaço em determinados serviços;
- d) As dificuldades de acesso ao hospital;
- e) A falta de parque de estacionamento próprio;
- A dificuldade em acompanhar a evolução tecnológica por impossibilidade de adaptação de espaços; e
- g) A necessidade de adaptação das instalações para acomodar o ensino prégraduado.

<sup>28</sup> Não chegou a ser expressamente assumida uma opção intermédia, do tipo "fazer o mínimo", uma vez que, na prática, a mesma equivaleria à "Opção 0", de "não fazer nada", mantendo o status quo e a lógica de intervenções pontuais e incrementais do passado sem abordar o problema de fundo, ou seja, a necessidade de uma nova solução infraestrutural e de um modelo de gestão mais eficiente.

Ademais, o efeito conjugado de todas estas limitações impedia, naturalmente, a melhoria da eficiência operacional do hospital, bem como a introdução de níveis melhorados de desempenho no tocante às vertentes de atendimento e internamento.

Já a "Opção 1" avançava com uma solução estruturante que permitiria: (i) abordar de modo coerente a racionalização e o *upgrading* do perfil e carteira assistencial do HSM, configurando plenamente o novo Hospital de Braga como um hospital central de tipo plataforma A; (ii) melhorar as acessibilidades e descongestionar o tráfego no centro da cidade de Braga; e, sobretudo, (iii) obter ganhos de eficiência e financeiros, na medida em que favorecia a redução de custos de recuperação e manutenção de infraestruturas em diferentes estádios do seu ciclo de vida útil e a consequente redução dos gastos operacionais em resultado da introdução de níveis acrescidos de eficiência na prestação de cuidados hospitalares e de uma menor dispersão de esforços.

- 66. Ponderadas as duas opções, foi confirmada e validada a "Opção 1", tendo sido igualmente analisadas várias subopções relativas à área de influência e ao perfil assistencial da nova unidade hospitalar a construir, concretamente:
  - a) Subopção 1A (perfil do HSM na altura), que consistia na manutenção do perfil assistencial do HSM;
  - b) Subopção 1B (perfil do HSM racionalizado), que previa uma revisão do perfil assistencial do HSM com o intuito de, tendo em consideração as capacidades instaladas, promover uma maior racionalização da oferta de cuidados de saúde hospitalares disponibilizados à população da área de influência;
  - c) Subopção 1C (perfil do HSM racionalizado com materno-infantil), que previa uma revisão do perfil assistencial do HSM, tendo em consideração as capacidades instaladas e alargamento da área materno-infantil aos concelhos da Área C (Barcelos e Esposende);
  - d) Subopção 1D (perfil diferenciado), que consistia na definição de um perfil assistencial maximalista, com inclusão da globalidade das valências médicocirúrgicas hospitalares;
  - e) Subopção 1E (perfil diferenciado com materno-infantil), que consistia, não só na inclusão da globalidade das valências médico-cirúrgicas hospitalares, como

Página 49 de/132

também no alargamento da área materno-infantil do novo Hospital de Braga aos concelhos da Área C (Barcelos e Esposende).

Confrontadas estas alternativas, entendeu-se que o perfil assistencial do novo Hospital de Braga deveria contemplar, *por um lado*, a racionalização do perfil assistencial do HSM e, *por outro lado*, a expansão da área materno-infantil aos concelhos da Área C, por forma a promover um esforço de racionalização de capacidades mais aprofundado e com maiores benefícios para a população.

Deste modo, foi excluída a *Subopção 1A*, por não incorporar a racionalização do perfil assistencial, e não consideradas as *Subopções 1B* e *1D* pelo facto de não preverem a expansão da área materno-infantil aos concelhos da Área C.

Tendo em conta as Subopções 1C e 1E, que satisfaziam os dois requisitos enunciados, a escolha acabou por recair sobre a Subopção 1C (perfil do HSM racionalizado com materno-infantil), dado que esta garantiria quer a racionalização do perfil, quer a inclusão da área materno-infantil, permitindo minimizar os impactos negativos sobre as capacidades hospitalares instaladas na região.

- 67. No âmbito desses trabalhos e justificada que se considerava ser a necessidade de construção de um novo complexo hospitalar, procedeu-se à análise e definição da via mais ajustada para implementar esse projeto, tendo-se considerado como mais avisada a opção pelo modelo de PPP, na medida em que apresentava várias vantagens potenciais em face da alternativa tradicional de promoção direta do projeto pelo Estado, entre as quais se destacaram as seguintes:
  - O potencial de inovação resultante da introdução de novas formas de gestão hospitalar;
  - O potencial de inovação ao nível da conceção do projeto de engenharia hospitalar, favorecendo a adoção de modernos conceitos de engenharia funcional;
  - As sinergias resultantes da integração das fases de conceção, construção, conservação e exploração operacional da nova unidade;
  - O potencial para a transferência de riscos do sector público para o sector privado, possibilitando a alocação dos riscos à parte mais capacitada para os

gerir e alocação de cada uma das responsabilidades à parte mais habilitada para a assumir da forma mais eficiente possível, verificando-se, em regra, que incumbe (i) ao parceiro público o acompanhamento, a avaliação e o controlo da execução do objeto da parceria, de forma a garantir que são alcançados os fins de interesse público subjacentes; e (ii) ao parceiro privado o exercício e a gestão da atividade contratada, de acordo com os termos acordados, bem como o financiamento, no todo ou em parte, do projeto, quando este seja aplicável;

- Os incentivos ao controlo de custos de investimento e exploração, bem como da qualidade do serviço prestado;
- A possibilidade de benchmarking da gestão e da performance hospitalar.

68. Assim, terminada a fase de preparação e avaliação prévia do projeto do novo Hospital de Braga e após emissão dos pareceres legalmente previstos, a parceria foi aprovada pelo Despacho Conjunto n.º 54/2005, de 20 de dezembro, do Ministro das Finanças e da Administração Pública e do Ministro da Saúde, tendo o início do procedimento sido autorizado através do Despacho do Ministro da Saúde n.º 2226/2005, de 6 de janeiro.

No âmbito desse procedimento concursal e decorridas as respetivas fases, a negociação final com o agrupamento vencedor culminou com a adjudicação e assinatura de um contrato de gestão, em 9 de fevereiro de 2009, entre a ARSN, em representação do Estado Português, a Escala Braga — Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A. (na qualidade de EGEST) e a Escala Braga — Sociedade Gestora do Edifício, S.A. (na qualidade de EGED).

Após a remessa desse contrato para fiscalização prévia pelo Tribunal de Contas, foi obtido visto em 15 de julho de 2009.

Com a produção de efeitos do Contrato de Gestão, procedeu-se à transmissão do estabelecimento hospitalar do HSM para a EGEST, que iniciou a respetiva gestão e exploração nos edifícios hospitalares antigos e, bem assim, foi dado início à construção do novo edifício hospitalar pela EGED, que ficou concluída em 2011, tendo-se então procedido à transferência do estabelecimento hospitalar para essa nova unidade.

Página 51 de 332

M. Lit.

# 3.1.6. Perfil assistencial, dimensão e área de influência

- 69. Com uma capacidade geral de 705 camas no internamento, 12 salas de cirurgia (7 para cirurgia programada, 2 para cirurgia de urgência e 3 para cirurgia de ambulatório) e 59 gabinetes de consulta, o Hospital de Braga presta cuidados médicos nas áreas médica, cirúrgica e de diagnóstico e terapêutica, nas especialidades a seguir descritas:
  - Especialidades médicas:
    - Medicina interna;
    - Cardiologia;
    - Cardiologia pediátrica;
    - Neurologia;
    - Gastrenterologia;
    - Pneumologia;
    - Dermatovenerologia;
    - Pediatria;
    - Endocrinologia;
    - Nefrologia;
    - · Oncologia médica;
    - Imunoalergologia;
    - Doenças infeciosas;
    - Reumatologia;
    - · Genética médica;
    - Psiquiatria; e
    - Psiquiatria da infância e da adolescência.
  - Especialidades cirúrgicas:
    - Angiologia e cirurgia vascular;

- · Cirurgia maxilofacial;
- Cirurgia geral;
- Cirurgia pediátrica;
- Cirurgia plástica reconstrutiva e estética;
- Estomatologia / medicina dentária;
- Neurocirurgia;
- Ginecologia / obstetrícia;
- Oftalmologia;
- Ortopedia;
- Otorrinolaringologia; e
- Urologia.
- Diagnóstico e terapêutica:
  - Anatomia patológica;
  - Anestesiologia;
  - Imuno-hemoterapia;
  - Medicina física e de reabilitação;
  - Medicina nuclear;
  - Neurorradiologia;
  - Patologia clínica;
  - Radiodiagnóstico; e
  - Radioterapia.

- 70. No internamento normal, o Hospital de Braga dispõe de unidades de tratamentotipo nas seguintes especialidades:
  - Especialidades médicas:
    - Medicina interna;
    - Cardiologia;
    - Neurologia;
    - Gastrenterologia;
    - Pneumologia;
    - Dermatovenerologia;
    - Endocrinologia;
    - Nefrologia;
    - Oncologia médica;
    - Imunoalergologia; e
    - Reumatologia.
  - Especialidades cirúrgicas:
    - Angiologia e cirurgia vascular;
    - Cirurgia geral;
    - · Cirurgia maxilofacial;
    - Cirurgia pediátrica;
    - Cirurgia plástica, reconstrutiva e estética;
    - Neurocirurgia;
    - Ortopedia;
    - Otorrinolaringologia;
    - Oftalmologia; e
    - Urologia.
  - Infeciologia:
    - Doenças infeciosas (conjuntamente com a respetiva consulta externa e hospital de dia, constitui uma unidade autónoma).
  - M. C. Terapêutica:
    - Medicina física e de reabilitação.

- Materno-Infantil:
  - Pediatria; e
  - Obstetrícia / ginecologia.
- Psiquiatria:
- Psiquiatria (conjuntamente com a respetiva consulta externa e hospital de dia, constitui uma unidade autónoma); e
- Psiquiatria da infância e da adolescência (conjuntamente com a respetiva consulta externa e hospital de dia, constitui uma unidade autónoma).
- 71. Ao nível do internamento especial, presta cuidados intensivos, intermédios e especiais e, relativamente à urgência, dispõe de um serviço de urgência polivalente que se desenvolve em três unidades autónomas:
  - Urgência geral;
  - Urgência ginecológica/obstétrica, em relação de proximidade e com ligação fácil com o bloco de partos, dispondo de 15 quartos de parto; e
  - Urgência pediátrica.
- 72. No que respeita à consulta externa, o Hospital de Braga presta atendimento nas seguintes especialidades:
  - Anestesiologia;
  - Angiologia e cirurgia vascular;
  - Cardiologia pediátrica;
  - Cardiologia;
  - Cirurgia geral;
  - Cirurgia maxilofacial;
  - Cirurgia pediátrica;
  - Cirurgia plástica, reconstrutiva e estética;
  - Dermatovenerologia;
  - Doenças infeciosas;
  - Endocrinologia;

- Estomatologia / medicina dentária;
- Gastrenterologia;
- Genética médica;
- Imunoalergologia;
- Imuno-hemoterapia;
- Medicina física e de reabilitação;
- Medicina interna;
- Nefrologia;
- Neurocirurgia;
- Neurologia;
- Obstetrícia / ginecologia;
- Oftalmologia;
- Oncologia médica;
- Ortopedia;
- Otorrinolaringologia;
- Patologia clínica;
- Pediatria;
- Pneumologia;
- Psiquiatria da infância e da adolescência;
- Psiquiatria;
- Radioterapia;
- Reumatologia; e
- Urologia.
- 73. O Hospital de Braga trata ainda os doentes em regime ambulatório através do hospital de dia, nomeadamente os seguintes:
  - Hospital de dia médico-cirúrgico;
  - Hospital de dia pediátrico e pedopsiquiátrico;
  - Hospital de dia psiquiátrico;
  - Hospital de dia de infeciologia.

A este respeito, importa ainda detalhar o seguinte:

- Hospital de dia médico:
  - Tem espaço próprio polivalente (com os respetivos apoios) para o desenvolvimento das especialidades médicas (medicina interna, cardiologia, neurologia, gastrenterologia, pneumologia, dermatovenerologia, endocrinologia, nefrologia, oncologia médica, radioterapia, reumatologia, obstetrícia / ginecologia, anestesiologia, imuno-hemoterapia, medicina física e de reabilitação);
  - Tem um sector para a terapêutica da dor para uma unidade de nível III de acordo com as recomendações da Direção Geral de Saúde ("DGS");
  - Inclui, em espaço autónomo com acesso direto do exterior, uma unidade de nefrologia / diálise, onde são realizadas sessões de hemodiálise e de diálise peritoneal;
  - Os tratamentos de medicina física e de reabilitação são realizados em espaço autónomo com acesso direto do exterior, de acordo com a rede de referenciação em vigor; e
  - A unidade de radioterapia do Hospital de Braga tem o âmbito de plataforma B, servindo toda a sua área de influência.

### Hospital de dia cirúrgico:

- Contempla uma zona de recobro bem como todos os apoios indispensáveis para a prática de cirurgia ambulatória, pelo menos, nas especialidades a seguir indicadas e de acordo com as orientações técnicas da DGS:
  - o Cirurgia geral;
  - o Cirurgia maxilofacial;
  - o Cirurgia pediátrica;
  - o Cirurgia plástica;
  - o Cirurgia vascular;
  - o Neurocirurgia;
  - o Obstetrícia / ginecologia;
  - o Oftalmologia;

ágina 57 de 332

- o Ortopedia;
- o Otorrinolaringologia; e
- o Urologia.

74. Por fim, o Hospital de Braga tem como *área de influência* os distritos de Braga e de Viana do Castelo, servindo como hospital de primeira linha para os concelhos de Braga, Amares, Póvoa de Lanhoso, Terras de Bouro, Vieira do Minho e Vila Verde e como hospital de segunda linha para a área remanescente.

# 3.1.7. Mecanismos de remuneração e de determinação anual da produção

# 3.1.7.1. MECANISMOS DE REMUNERAÇÃO CONTRATUAL

75. Os mecanismos contratuais que regulam o âmbito e termos de apuramento da remuneração base anual da EGEST resultam, principalmente e sem prejuízo de outras disposições complementares, das cláusulas 43.ª a 52.ª do Contrato de Gestão.

Para além desta remuneração base, verdadeiramente central para o desenvolvimento da atividade contratada, o Contrato de Gestão prevê ainda:

- a) A possibilidade de fixação de contrapartidas específicas para a prática de determinados atos ou atividade, como sejam os atos clínicos adicionais conformes ao perfil assistencial (cfr. cláusula 24.ª, n.º 3) ou as atividades específicas relacionadas com a promoção ou a prevenção da saúde nos termos das cláusulas 27.ª e 50.ª; bem como,
- b) O ressarcimento de determinados encargos, de que são exemplo os decorrentes da dispensa de medicamentos de dispensa obrigatória em farmácia hospitalar (cfr. cláusula 28.ª, n.º 8), das prestações de saúde realizadas em urgência no caso de assistência médica de estrangeiros (cfr. cláusula 31.ª, n.º 8) ou da referenciação de doentes para o estrangeiro (cfr. cláusula 35.ª, n.º 8).

Adicionalmente, constituem receitas da EGEST, nos termos do Contrato de Gestão, (i) uma parte da diferença positiva entre a receita devida por terceiros pagadores e a parcela a cargo de terceiros pagadores; e (ii) uma parte das receitas comerciais de terceiros.

**76.** Voltando à remuneração base anual da EGEST, esta é composta pelas seguintes componentes<sup>29</sup>:

- a) Uma componente relativa aos serviços clínicos efetivamente prestados nas linhas de atividade (internamento médico e cirúrgico, ambulatório médico e cirúrgico, internamento prolongado de doentes elegíveis para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados ("RNCCI"), consulta externa, urgência, hospital de dia e casos e atos específicos);
- Uma componente relativa à disponibilidade de serviços hospitalares específicos, no caso, do serviço de urgência; e
- c) Uma componente correspondente a *ajustamentos a efetuar em função da prescrição de medicamentos* pelo Hospital de Braga e adquiridos nas farmácias comunitárias.

As componentes *supra* referidas são <u>pagas</u> (i) por terceiros pagadores, na parcela correspondente ao montante a seu cargo; (ii) pelos utentes, na parte correspondente às taxas moderadoras; e (iii) pela EPC, na parcela correspondente ao montante a cargo do SNS (cfr. cláusula 46.ª do Contrato de Gestão).

No que respeita aos pagamentos a cargo da EPC, a EGEST vai recebendo, ao longo do ano, pagamentos por conta mensais, tendo por base o valor *previsível* da parcela a cargo do SNS, pagamentos estes que são posteriormente objeto de reconciliação por confronto com o valor *efetivo* apurado.

Adicionalmente, e porque a remuneração da EGEST, como já se referiu anteriormente, resulta de uma combinação de *outputs* e resultados, o Contrato de Gestão do Hospital de Braga (e de todas as PPP hospitalares) prevê ainda que sejam aplicadas deduções em função dos níveis de desempenho da EGEST, mediante a verificação do cumprimento de um vasto conjunto de parâmetros de desempenho de resultado e de serviço (*cfr.* cláusula 44.ª e Anexo VII ao Contrato de Gestão). Para além destas, poderão

ágina 59 de 332

<sup>29</sup> *Cfr.* cláusula 44.ª e Anexo VII ao Contrato de Gestão. No entanto, os valores constantes dos n.ºs 6 e 7 da cláusula 44.ª foram revistos na sequência da aplicação, no ano de 2010, do mecanismo previsto na cláusula 45.ª do Contrato de Gestão.

ainda ser aplicadas outras deduções, em função de verificação de falhas específicas, ou multas, pelo incumprimento de disposições contratuais.

Mas vejamos, em maior pormenor e com maior relevância para o presente Relatório, a componente remuneratória relativa aos serviços clínicos efetivamente prestados nas linhas de atividade.

## 3.1.7.2. REMUNERAÇÃO PELA PRODUÇÃO CLÍNICA EFETIVA

- 77. A componente da remuneração relativa aos serviços clínicos efetivamente prestados concretiza-se através de linhas e unidades de produção e é realizada com base nos preços unitários definidos no Contrato de Gestão para cada uma das unidades de cálculo de remuneração das diferentes linhas de atividades<sup>30</sup>:
  - Preço por doente equivalente no internamento médico e cirúrgico e ambulatório médico e cirúrgico;
  - Preço por diária de internamento de doentes elegíveis para a RNCCI;
  - Preço por atendimento em urgência;
  - Preço por primeira consulta;
  - Preço por consulta subsequente;
  - Preço por sessão de hospital de dia oncologia médica;
  - Preço por sessão de hospital de dia radioterapia;
  - Preço por sessão de hospital de dia pediatria;
  - Preço por sessão de hospital de dia psiquiatria;
  - Preco por sessão de hospital de dia hemodiálise;
  - Preço por sessão de hospital de dia infeciologia;
  - Preço por outras sessões de hospital de dia;

<sup>30</sup> Cfr. cláusula 44.ª e Anexo VII ao Contrato de Gestão.

 Preços fixados por caso e ato específico, que no caso de doentes com ventilação prolongada corresponde à diária de internamento..

Todos os *preços unitários* são tendencialmente fixos ao longo do período de vigência do Contrato de Gestão, sendo apenas atualizados anualmente em função da evolução do Índice de Preços no Consumidor, para Portugal, sem habitação, publicado pelo Instituto Nacional de Estatística ("INE") e referente ao mês de janeiro de cada ano ("IPC")<sup>31</sup>.

No internamento e ambulatório e na urgência, o Contrato de Gestão estabelece ainda dois *escalões de produção* com preços unitários diferentes, em que o preço no segundo escalão de produção é inferior ao definido para o primeiro escalão.

Mais, para além desta diferenciação de preços, o Contrato de Gestão estabelece ainda alguns *limites à produção* como é o caso, por exemplo, do número de doentes equivalentes na linha de internamento e de ambulatório que, a partir dos 110% da produção prevista, deixam de ser elegíveis para a remuneração da EGEST.

Na urgência, não existe, por outro lado, limite à produção (número de atendimentos em urgência – cfr. cláusula 44.ª e Anexo VII ao Contrato de Gestão).

78. De salientar, ainda, que, de entre as principais linhas de produção (internamento e ambulatório, consulta externa, urgência e hospital de dia), existe uma linha de produção onde a remuneração da produção depende de uma outra variável para além do preço e da quantidade. Com efeito, na linha de internamento e de ambulatório, a remuneração pela atividade produzida resulta da multiplicação da quantidade de doentes equivalentes pelo preço e pelo denominado Índice de *Case-Mix* ("ICM")<sup>32</sup>, que reflete a complexidade da unidade hospitalar relativamente à atividade no internamento e cirurgia de ambulatório.

Página 61 Ne 332

<sup>31</sup> De acordo com o Anexo VII do Contrato de Gestão, na revisão dos preços unitários poderia ainda ser aplicada na fórmula relativa à atualização dos preços um valor referente ao diferencial de correção de preços. Sucede que esse diferencial, de acordo com o n.º 11 da cláusula 44.ª do Contrato de Gestão foi fixado em 0%, pelo que da sua aplicação não resulta qualquer alteração do preço. Nessa medida, não será mencionada, no âmbito do presente Relatório, a possibilidade de aplicação do diferencial de correção de preços.

<sup>32</sup> Relativizando cada grupo de diagnóstico homogéneo em face de um ponderador nacional = 1, o ICM obtido em cada hospital reflete a relatividade desse hospital face a outros, em termos da complexidade da sua casuística e também face a um padrão nacional = 1. Assim, se o ICM obtido num hospital for de 1,1341 a complexidade da sua casuística estará 13,41% acima da complexidade média nacional e 14,59% acima da complexidade de um hospital com ICM de 0,9882.

No caso do Contrato de Gestão, o ICM considerado no cálculo da remuneração da linha de internamento e de ambulatório deve ser o mínimo entre dois ICM:

- O ICM, calculado para a produção do Hospital de Braga;
- A média do ICM da população, determinada tendo por base o ICM verificado em cada um dos cinco anos precedentes, calculado com base na totalidade de episódios de internamento e de ambulatório, correspondentes ao perfil assistencial do Hospital de Braga, verificados efetivamente para a população da sua área de influência, independentemente da unidade hospitalar em que foram prestados.

Na realidade, a introdução do ICM no cálculo da remuneração da linha de internamento médico ou cirúrgico e ambulatório médico ou cirúrgico (todas as linhas cujos episódios são passíveis de serem classificados em grupos de diagnóstico homogéneo "GDH"), não é uma inovação dos hospitais em regime de PPP. No caso dos restantes hospitais do universo do SNS, o ICM também é considerado no modelo de financiamento dos hospitais através de contratos programa. A grande diferença entre os hospitais PPP e os hospitais que têm a natureza de entidade pública empresarial ("hospitais EPE") resulta de:

- Nos hospitais em regime de PPP, a parcela a cargo do SNS em função da produção efetiva nesta linha de atividade, considerar o ICM real (seja ele qual for, de entre o mínimo dos ICM referidos anteriormente). Quer isto dizer que o ICM que foi fixado no cálculo da parcela previsível a cargo do SNS (em função da produção prevista e acordada entre as partes) é, caso resulte diferente, corrigido em função do ICM real para efeitos de apuramento do pagamento de reconciliação traduzido pelo apuramento da parcela efetiva a cargo do SNS; e
- Por outro lado, nos hospitais EPE, o ICM fixado anualmente nos contratos programa corresponder a um ICM referente a um determinado ano anterior, sem correção posterior em função do ICM real.

## 3.1.7.3. PRODUÇÃO E PAGAMENTO

79. O montante final dos pagamentos a efetuar pela EPC relativamente a cada ano de vigência da parceria depende do valor (máximo) da produção prevista, que é fixada entre as partes, no final do ano imediatamente anterior àquele a que diz respeito, ou unilateralmente pela EPC, na falta de acordo, não sendo a EGEST, à exceção da linha da urgência e das diárias associadas à transferência de doentes para a RNCCI, remunerada por produção que exceda a produção contratada para cada ano.

**80.** Concretamente, o processo de determinação da produção a considerar para efeitos de remuneração da EGEST desenvolve-se em duas fases:

Numa **primeira fase**, o Contrato de Gestão prevê um procedimento anual de negociação, entre as partes, da produção prevista<sup>33</sup> para cada ano, que ocorre, mediante iniciativa e proposta da EGEST, entre 30 de setembro e 15 de novembro do ano imediatamente anterior e que inclui o acordo quanto a todas as variáveis de cálculo da remuneração, nomeadamente a produção prevista em cada uma das linhas de atividade<sup>34</sup>.

Caso as partes não cheguem a acordo até 15 de novembro, a EPC tem a faculdade de determinar unilateralmente os elementos necessários à fixação da produção prevista, da parcela a cargo do SNS e dos limites aos valores de referência dos parâmetros de desempenho. Nesta situação, a produção prevista deve ser determinada dentro dos limites inferior e superior da utilização hospitalar, de acordo com o perfil assistencial, pela população da área de influência do Hospital de Braga, verificada nos cinco anos imediatamente anteriores.

Independentemente de a produção prevista ser fixada por via do acordo ou por determinação unilateral, o pagamento da remuneração da EGEST processa-se mediante pagamentos mensais, por conta, de igual valor e correspondentes, no seu total, a 90% do valor previsível da parcela a cargo do SNS<sup>35</sup>.

Página 68 de 332

<sup>33</sup> Isto é, do conjunto de prestações de saúde a realizar através do estabelecimento hospitalar, num dado ano.

<sup>34</sup> Cfr. cláusula 52.ª do Contrato de Gestão.

<sup>35</sup> Cfr. cláusula 47.ª do Contrato de Gestão.

Numa segunda fase, no apuramento do pagamento de reconciliação, a EPC deve proceder:

- À verificação e auditoria da produção reportada durante o ano pela EGEST,
   no sentido de se considerar apenas os atos de produção elegíveis para remuneração, nos termos das regras e limites estabelecidos contratualmente;
- À verificação do cumprimento de todos os parâmetros de desempenho de resultado e de serviço e respetivo cálculo das deduções a efetuar em caso de incumprimento dos mesmos;
- À verificação da eventual existência de sessões do serviço de urgência afetadas por indisponibilidade;
- Ao apuramento do valor, positivo ou negativo, a considerar na remuneração,
   em função do consumo de produtos farmacêuticos prescritos pelos médicos
   do Hospital de Braga e adquiridos nas farmácias comunitárias;
- Ao apuramento da produção prestada a utentes cuja responsabilidade caiba a terceiros pagadores (a deduzir à remuneração base anual);
- Ao apuramento do montante das receitas devidas por terceiros pagadores, a reter e a entregar à EPC (a deduzir à remuneração base anual);
- Ao apuramento do montante das taxas moderadoras devidas (a deduzir à remuneração base anual);
- Ao apuramento do montante das receitas comerciais de terceiros que cabem à EPC em função do mecanismo de partilha das receitas comerciais totais auferidas (a deduzir à remuneração base anual);
- Ao apuramento das receitas do ensino médico pré-graduado que cabem à EGEST, nos termos do protocolo em vigor entre esta e a Universidade do Minho (a deduzir à remuneração base anual); e
- À verificação da existência de falhas específicas e ao cálculo do respetivo montante, a deduzir à remuneração base anual (apesar de este procedimento poder ser aplicado em qualquer altura da execução do Contrato de Gestão).

- 81. Cumpridos todos estes procedimentos, deve a EPC efetuar um pagamento de reconciliação, apurado até ao final do primeiro semestre do ano imediatamente subsequente àquele a que diga respeito, com base no valor efetivo da parcela a cargo do SNS.
- 82. Em suma, os passos necessários ao apuramento da remuneração a pagar pela produção efetiva encontram-se ilustrados no cronograma que se segue:



# 3.1.7.4. REGIME DE REMUNERAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DE RISCO

83. Outro aspeto que importa destacar no mecanismo de remuneração dos hospitais PPP e, concretamente, no previsto no Contrato de Gestão do Hospital de Braga, prende-se com a conjugação do mecanismo de remuneração com a respetiva matriz de riscos. Isto, porquanto, constituindo a transferência de riscos para o parceiro privado uma das principais vantagens do modelo PPP, o mecanismo de remuneração deve permitir e ser um catalisador dessa transferência.

Ora, conforme *supra* referido, a remuneração anual da EGEST dependerá dos resultados verificados pela EPC, tendo em conta a produção efetiva elegível, a disponibilidade do serviço de urgência, os ajustamentos previstos e, ainda, as deduções pela ocorrência de falhas de desempenho ou específicas. Trata-se, como também já notado, de um mecanismo de remuneração que assenta numa lógica de *outputs* e resultados.

84. Deste modelo decorre, a nosso ver, que o parceiro privado retém alguns riscos consideráveis, como os que a seguir se destacam:

Página 65 de 332

# Risco de procura

85. Apesar de o Contrato de Gestão definir uma área de influência específica, cabe ao parceiro privado ter capacidade de atração dos residentes nessa área de influência, de tal forma que, no limite, se o hospital não praticar um único ato de produção num ano, apenas receberá o pagamento pela disponibilidade do serviço de urgência.

Esta questão ganhou recentemente uma importância acrescida, na medida em que, com a introdução do Livre Acesso e Circulação, os utentes podem, desde 3 de maio de 2016, em decisão conjunta com o seu médico de família, optar pela marcação de primeira consulta em qualquer unidade hospitalar, independentemente da área de influência a que se encontram adstritos em função da sua área de residência.

A EGEST corre ainda o risco de a procura efetiva ser diferente da procura prevista, no sentido em que, por exemplo, a alocação de recursos à produção prevista (com os custos daí inerentes) poderá vir a resultar sobredimensionada face à procura efetiva.

Realça-se ainda o risco de procura inerente à transferência indevida de utentes para atendimento ou internamento noutro estabelecimento hospitalar, na medida em que a ocorrência destas situações, que constituem falhas específicas, acarreta deduções à remuneração da EGEST.

# • Risco de preço

86. Considerando que os preços unitários são tendencialmente fixados para todo o período de vigência do Contrato de Gestão e apenas atualizados em função da evolução da inflação, a EGEST retém o risco de os mesmos se revelarem insuficientes em face da estrutura de custos real da execução contratual, circunstância apta a gerar, por um lado, défices nos resultados de exploração e prejuízos nos resultados líquidos e, consequentemente e por outro lado, eventual incapacidade para fazer face ao serviço da dívida e para remunerar os seus acionistas.

### Risco de exploração

87. Crê-se que o parceiro privado assume risco de exploração relevante, na medida em que:

- a) Cabe à EGEST assegurar a disponibilidade do serviço de urgência, acarretando, a indisponibilidade, total, momentânea ou de partes funcionais, a aplicação de deduções por falhas de disponibilidade deste serviço;
- O não cumprimento dos níveis de desempenho fixados no Contrato de Gestão pode implicar a aplicação de outras deduções na remuneração;
- c) A EGEST retém o risco de ter produção não remunerada quando acima da produção prevista, nos termos dos limites estabelecidos contratualmente;
- d) A EGEST retém o risco de estar a alocar uma estrutura de recursos humanos e de custos fixos desadequada e com níveis de eficiência insuficientes para a prestação de cuidados de saúde com qualidade e racionalidade económica.

88. Em suma, o mecanismo de remuneração da EGEST conduz a uma efetiva e considerável transferência de riscos para o parceiro privado que, considerando a *rigidez* do mecanismo de remuneração que lhe é aplicado, terá sempre um incentivo *natural* a alocar de forma eficiente e com qualidade os recursos, humanos e materiais, por forma a gerir da melhor forma esses riscos.

Realce-se que, no que respeita aos hospitais EPE, mesmo considerando que o seu modelo de financiamento tem semelhanças com o modelo PPP, as diferenças mais evidentes são (i) a volatilidade dos preços aplicados em cada ano; (ii) a fixação do ICM sem correção em função do seu valor real e, sobretudo; (iii) as transferências adicionais (à produção) que são por vezes efetuadas para os hospitais, tais como:

- Valor de convergência compensatório da ineficiência;
- Verba de convergência para regularização de dívidas;
- Verba de convergência de acordo com medidas extraordinárias para reequilíbrio financeiro;
- Verba de convergência para compensação por acréscimo de gastos com pessoal; e ainda,
- Os aumentos de capital estatutário.

Ou seja, nos hospitais EPE, são cobertos pelo Estado valores e verbas referentes a riscos que, no modelo de gestão hospitalar PPP e no caso do Hospital de Braga, em

Página 67 de 332

particular, são assumidos pelo parceiro privado, nomeadamente através do mecanismo de remuneração convencionado e vertido no Contrato de Gestão.

Adicionalmente, importa referir também que, à luz do exposto, verifica-se que nos hospitais EPE e ao contrário do que acontece no caso dos hospitais em regime de PPP, toda a estrutura de custos e de investimentos das respetivas unidades hospitalares, e, por conseguinte, as suas potenciais ineficiências, acabam, mais cedo ou mais tarde, por refletir-se nas contas do Estado por via das referidas "transferências adicionais", o que naturalmente constitui um fator de incerteza e volatilidade acrescidas ao nível do impacto orçamental dos hospitais EPE.

#### 3.1.7.5. Protocolos adicionais

89. Em 2013, foi celebrado, entre a ARSN e a EGEST, um protocolo para a prestação de cuidados em ambulatório a doentes com VIH/SIDA ("Protocolo VIH/SIDA"), do qual resultou a obrigação da EGEST disponibilizar os tratamentos em ambulatório e a dispensa dos medicamentos antiretrovíricos necessários aos doentes com VIH/SIDA, de acordo com as orientações técnicas emanadas pela Coordenação Nacional para a Infeção VIH/SIDA.

Em termos de modelo de remuneração, o Protocolo VIH/SIDA definia o valor mensal por doente tratado (preço compreensivo), abrangendo todos os encargos associados à prestação de cuidados ambulatórios, incluindo consulta, hospital de dia e terapêutica antiretrovírica, com fixação do encargo máximo anual em função do número de doentes acompanhados.

Através do duodécimo, a EGEST era, em cada ano, remunerada pelos encargos previsíveis, sendo, posteriormente, feita uma reconciliação, com base no número efetivo de doentes em tratamento e limites aplicáveis.

O Protocolo VIH/SIDA vigorou por um período inicial de um ano, tendo sido sucessivamente renovado, por períodos anuais, até 2015, inclusive. Não se encontra, assim, atualmente em vigor.

90. Paralelamente, em 2014, foi celebrado outro protocolo, com renovação até ao mesmo ano de 2015, , pelas mesmas partes, para a prestação de cuidados em ambulatório a doentes com esclerose múltipla em terapêutica modificadora ("Protocolo EM"), de acordo com as normas e orientações técnicas emanadas pela Direção-Geral de Saúde para o seguimento destes doentes.

Como contrapartida remuneratória, o Protocolo EM estabelecia um preço compreensivo médio por doente tratado, que incluía, nomeadamente, consultas, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e medicamentos, com fixação do encargo máximo anual em função do número de doentes acompanhados.

Através do duodécimo, a EGEST era, em cada ano, remunerada pelos encargos previsíveis, sendo, posteriormente, feita uma reconciliação, com base no número efetivo de doentes em tratamento e limites aplicáveis.

Desde 2013 existe igualmente um protocolo celebrado com a Entidade Gestora no domínio do diagnóstico pré-natal, com condições de execução e remuneração daquela Entidade, idênticas às celebradas com os restantes hospitais públicos da região, cujo objetivo principal é dar sequência aos procedimentos estabelecidos no Programa Nacional de Diagnóstico Pré-Natal implementados nas redes de referenciação materno-infantil, com vista ao rastreio ecográfico de anomalias congénitas.

## 3.2. Avaliação do Modelo de PPP

91. Descrita, ainda que abreviadamente, a realidade clínica e contratual da PPP relativa ao Hospital de Braga, cumpre agora, tendo por base a Metodologia (tal como descrita no ponto 2. do presente Relatório), apresentar os resultados das análises preconizadas pela Equipa de Projeto, tendo por base as informações que lhe foram disponibilizadas pelas várias entidades com competência na matéria (cfr. Anexo 12 ao presente Relatório).

Neste contexto, **num primeiro momento**, procura-se aferir acerca do <u>Value for Money da PPP do Hospital de Braga numa lógica ex post</u>, apresentando-se, para tal, designadamente, o seguinte:

Página 69 de 332

- a) A evolução da produção e do valor de remuneração do hospital, procurando-se analisar em que medida esta evolução reflete apenas a dinâmica da procura ou se pode ter estado condicionada por questões de índole orçamental;
- A análise histórica dos principais indicadores de eficiência e de eficácia do hospital, com vista a avaliar em que medida terá o parceiro privado alcançado os resultados desejados e esperados com a parceria, num contexto de utilização eficiente dos seus recursos, tendo presente, naturalmente, que, ao nível da eficiência de custos, os impactos se esgotam na esfera do parceiro privado, dada a alocação de riscos prevista contratualmente. Pretende-se averiguar, designadamente, em que medida se cumpriram os objetivos de qualquer parceria, de melhoria qualitativa e quantitativa do serviço e de acréscimo de eficiência;
- c) Análise dos constrangimentos à execução de facto de algumas disposições contratuais, a fim de averiguar em que medida foram cumpridos os desígnios traçados ab initio em termos de standards de qualidade e serviço da atividade assistencial objeto da parceria;
- Ao nível da vertente da economia, (i) a comparação entre a poupança estimada aquando do lançamento da parceria com a poupança efetivamente alcançada, tendo por base a estrutura de custos subjacente ao cálculo do CPC realizado aquando do estudo e preparação da PPP, (ii) a comparação entre o previsto no caso base original ("Caso Base") (cfr. Anexo 15 ao Contrato de Gestão) e o efetivamente verificado, nomeadamente ao nível da produção, da remuneração e dos custos, e (iii) os encargos que o Estado teria com o Hospital de Braga caso, ceteris paribus, se utilizassem, em cada ano, para cálculo da remuneração, os preços e as regras para determinação da produção em vigor no SNS, ao invés do que se encontra previsto a respeito no Contrato de Gestão.
- **92.** Os principais *Key Performance Indicators* ("**KPI"**) utilizados nas análises que se protagonizam, quer no ponto 3.2.1.1., quer no seu ponto 3.2.1.2., podem ser agregados em quatro grandes categorias:
  - a) <u>Indicadores de atividade:</u> destacando-se, nomeadamente, a lotação, a taxa de ocupação, o número de doentes saídos por cama, o peso de cada uma das áreas de atividade do hospital no total da produção e respetiva evolução e ICM;

- b) Indicadores de qualidade: destacando-se, nomeadamente, o índice de mortalidade ajustada, a prevalência de complicações, a incidência do recurso a cesarianas, bem como a satisfação dos principais stakeholders;
- c) Indicadores relativos à economia: destacando-se, nomeadamente, o montante, evolução e desagregação por áreas de atividade dos encargos suportados pelo SNS, com utilização do conceito do doente padrão, o peso dos terceiros pagadores e das taxas moderadoras na remuneração do parceiro privado, a evolução dos custos operacionais do hospital e a evolução do custo por doente padrão;
- d) Indicadores de eficiência: destacando-se, nomeadamente, a produtividade dos recursos humanos, a demora média, a evolução das listas de espera e do tempo médio de espera.
- 93. Num segundo momento (cfr. ponto 3.2.1.2. do presente Relatório), procura-se, recorrendo à figura do benchmarking, comparar o modelo de PPP, no caso concreto do Hospital de Braga, com o modelo de gestão pública, mais uma vez sob a égide dos princípios da economia, da eficiência e da eficácia, de forma a aferir acerca da performance relativa do contrato de PPP do Hospital de Braga.

A este respeito, incorporam-se, nos pontos seguintes do presente Relatório, um conjunto de análises, procurando-se desde logo averiguar, nomeadamente:

- A economia e o acréscimo de eficiência na afetação de recursos públicos permitida pelo modelo de gestão em PPP, calculando-se, para tal, a diferença entre os encargos que têm sido efetivamente suportados pelo parceiro público com a PPP de Braga e aqueles que se estima que seriam suportados, caso se admitisse um custo por doente padrão semelhante àquele que se verifica nos hospitais em gestão pública<sup>36</sup>, considerados comparáveis com o Hospital de Braga (cfr. ponto 3.2.1.2.1. do presente Relatório);
- Os níveis de eficiência relativa do Hospital de Braga face àqueles que são verificados em unidades hospitalares comparáveis, mas que se encontram em gestão direta do sector público; e

ágina 71 de 332

<sup>36</sup> Considerando apenas os custos destes hospitais relativos à prestação dos serviços clínicos.

 Os níveis de eficácia relativa do Hospital de Braga quando comparados com os resultados atingidos em unidades hospitalares semelhantes em regime de gestão pública.

As referidas análises visam averiguar em que medida esta parceria cumpre o previsto no Decreto-Lei n.º 111/2012, designadamente na parte em que se define como finalidades essenciais das parcerias a economia e o acréscimo de eficiência na afetação de recursos públicos face a outros modelos de contratação, bem como a melhoria qualitativa e quantitativa do serviço.

Por outro lado, e tendo em consideração que, ao nível da repartição de responsabilidades, o modelo de PPP se destaca face ao modelo de gestão pública pelo facto de permitir uma maior partilha de riscos entre os setores público e privado, procura-se, também, ao longo dos próximos pontos aferir em que medida, durante o período de execução do contrato, esta transferência se materializou efetivamente na esfera do parceiro privado.

94. Para efeito das análises dos pontos seguintes, foi considerado o período de 2012 a 2015, pelo facto de se admitir que este representa efetivamente o período de velocidade cruzeiro da parceria. Com efeito, não obstante o Contrato de Gestão tenha começado a produzir efeitos em 2009, encontrava-se previsto um período de transição entre o momento da transmissão do Estabelecimento Hospitalar para o parceiro privado e a conclusão da transferência do Estabelecimento Hospitalar para o novo edifício hospitalar ("Período de Transição"), o que veio a ocorrer a 16 de maio de 2011, constituindo, portanto, o ano de 2012 o primeiro ano completo de atividade do novo hospital.

Considera-se ainda que a inclusão dos dados de atividade da PPP relativos ao referido Período de Transição comprometeria a comparabilidade da série temporal utilizada, porquanto existem substanciais diferenças, designadamente ao nível do perfil assistencial e da capacidade instalada (cfr. ponto 3.1. do presente Relatório), entre o Período de Transição e o período após a transferência para o novo hospital.

Por outro lado, considerou-se 2015 como o último ano de análise, uma vez que é o último ano relativamente ao qual existe informação de execução disponível. No que concerne ao ano de 2016, o mesmo não foi considerado na análise, uma vez que não obstante serem conhecidos os valores pagos pelo parceiro público ao privado durante este ano, os mesmos não são representativos da totalidade dos encargos relativos a este

exercício, uma vez que se encontram ainda em falta os valores de reconciliação, que à data se desconhecem, dado não ter ainda sido concluído o respetivo procedimento de reconciliação do ano.

## 3.2.1. Avaliação do Contrato de Gestão em vigor

- 95. Tal como decorre da Metodologia, a "avaliação do contrato de gestão em vigor", no caso concreto do Hospital de Braga baseia-se em quatro pontos essenciais:
  - A análise da "performance individual da PPP", que consiste na verdade na aferição ex post do Value for Money que ela representa, o que se fará no ponto 3.2.1.1.;
  - A análise da "performance relativa da PPP", através do recurso a um exercício de benchmarking, tendo por base o Grupo de Referência descrito no ponto 3.2.1.2.;
  - A avaliação da performance do parceiro privado na ótica do gestor do Contrato, constante do ponto 3.2.1.3.; e
  - A avaliação da performance do parceiro privado na ótica dos diversos stakeholders, descrita no ponto 3.2.1.4.

# **3.2.1.1.** Análise da performance individual da PPP (VALUE FOR MONEY EX POST)

## **3.2.1.1.1.** Fundamentos da existência de VfM na altura de contratação da PPP

96. Aquando da fase de preparação do lançamento do procedimento com vista à formação do contrato de gestão relativo ao Hospital de Braga, em modelo de PPP, e nos termos do previsto no enquadramento legal das PPP que vigorava à altura, foram realizados diversos estudos (destacando-se o "Estudo Estratégico e Económico-Financeiro"), designadamente com os objetivos de (i) aferir a necessidade de construção

Página 73 de 332

do novo Hospital de Braga, (ii) uma vez selecionada a alternativa com maior racionalidade, tendo por base uma análise custo-benefício das várias soluções identificadas à data, desenvolver as linhas orientadoras do projeto de referência para o novo hospital, e, por fim, (iii) decidir entre a opção de contratação exclusivamente pública e a opção de recurso a um modelo de PPP.

No contexto do referido "Estudo Estratégico e Económico-Financeiro" foi aferido e justificado o valor acrescentado da opção de PPP (Value for Money da parceria) em face de um modelo de gestão pública, sob a égide dos princípios da economia, eficiência e eficácia.

Com este enquadramento, foi, por um lado, calculado o valor do CPC, que, em termos conceptuais, se traduz na ferramenta de cálculo do custo total do projeto ao longo do ciclo de vida do mesmo, quando este é implementado, operado, gerido e financiado pelo setor público, servindo, portanto, como benchmark para efeitos de opção quanto à modalidade de contratação do projeto pelo setor público e ainda para fins de comparabilidade das propostas dos concorrentes, quando selecionado o regime de PPP, permitindo escolher entre opções com o mesmo nível de performance/valor, aquela que representa um custo inferior.

Por outro lado, foi identificado um conjunto de vantagens qualitativas associadas à opção pelo modelo da PPP, no caso específico da gestão hospitalar, designadamente:

- "Controlo dos custos de operação mediante a definição contratual dos preços a praticar, dos objectivos de quantidade e qualidade a cumprir e dos mecanismos de revisão de preços a aplicar ao longo do período da parceria. Atinge-se assim, do ponto de vista do sector público, uma importante redução do grau de incerteza relativamente à evolução futura dos custos com a prestação de cuidados hospitalares" (sublinhado nosso);
- "A experiência internacional em parcerias público-privadas sugere que o serviço prestado
  apresenta qualidade superior em regime de parceria, face ao regime tradicional, em virtude da
  introdução de novas e inovadoras formas de gestão centradas na satisfação das necessidades do
  utente" (sublinhado nosso);
- A possibilidade de benchmarking da performance hospitalar; e ainda
- A transferência de riscos do setor público para o privado.

97. Tendo por base as anteriores premissas e depois de avaliada a proposta do concorrente vencedor — o agrupamento Escala Braga —, a comissão de avaliação de propostas concluiu, no seu relatório final, datado de 23 de dezembro de 2008, que a referida proposta revelava economia, eficiência e eficácia em face da alternativa de gestão pública, propondo a respetiva adjudicação da mesma.

Com base no exposto, importa ter presente que, à data de adjudicação do Contrato de Gestão, o parceiro público tinha a expectativa de que a escolha do modelo de gestão clínica em regime de PPP representaria, face ao modelo alternativo de gestão pública, e em termos de valor atualizado líquido, a janeiro 2006, uma poupança de 35%, por comparação do valor da proposta adjudicada (que decorre da negociação final) com o valor do CPC.

## Quadro 1 - Poupança do CPC (negociação final)

Valores em milhares de euros

Análise do CPC	
Valores CPC	987.626
Valor proposta adjudicada	641.504
% de poupança no CPC	-35,05%

Fonte: Modelo financeiro relativo ao CPC e relatório final da comissão de avaliação.

Nota: (1) O CPC apresentado inclui apenas a componente de gestão clínica.

<sup>(2)</sup> O valor da proposta adjudicada é referente apenas à gestão clínica

**3.2.1.1.2.** Análise da evolução da produção e da remuneração<sup>37</sup>

98. A produção prevista é, tal como melhor descrito no n.º 80 do presente Relatório, definida anualmente por acordo entre as partes, salvo nos casos em que não é possível chegar a acordo, e que, portanto, cabe à EPC a fixação unilateral da produção prevista para o ano em causa, nos termos do previsto no n.º 4 da cláusula 52.ª do Contrato de Gestão.

Até ao momento, esta prorrogativa de fixação unilateral da produção prevista nunca foi utilizada pela ARSN, uma vez que foi sempre possível chegar a acordo entre as partes.

ágina 75 de 332

717 21

<sup>37</sup> Note-se que, de forma garantir a comparabilidade dos valores apresentados, para efeitos de apresentação dos dados relativos à produção e à remuneração, foram consideradas apenas as grandes linhas de produção, ou seja não foram considerados na análise apresentada os casos e atos específicos e os meios complementares e diagnóstico e terapêutica.

99. No quadro seguinte, apresentam-se os valores da **produção prevista** determinada em cada ano, por área de atividade, considerando já o ano de 2016 e de 2017<sup>38</sup>.

Quadro 2 - Produção Prevista

Unidade de produção aplicável

Produção Prevista	2012	2013	2014	2015	2016	2017	CAGR 2012-2015	CAGR 2012-2017
Internamento e Ambulatório				and American		1		
N° de episódios	64.289	79.779	79.332	80.493	80.764	96.763	7,8%	8,5%
Internamento	27.452	27.833	28.050	27.803	28.074	29.222	0,4%	1,3%
Ambulatório	36.836	51.946	51.282	52.690	52.690	67.541	12,7%	12,9%
Doentes equivalentes	63.461	78.621	78.241	79.590	79.690	95.721	7,8%	8,6%
Internamento	26.625	26.675	26.959	26.900	27.000	28.180	0,3%	1,1%
Ambulatório	36.836	51.946	51.282	52.690	52.690	67.541	12,7%	12,9%
ICM Global	0,636	0,551	0,565	0,577	0,594	0,595	-3,2%	-1,3%
Dias de Internamento Prolongado								
Número de Dias	459	209	4.043	4.043	4.043	8.413	106,5%	78,9%
Consulta Externa								
1° consultas	109.867	110.213	112.000	113.145	119.039	130.000	1,0%	3,4%
subsequentes	219.685	215.000	224.000	209.989	238.078	260.390	-1,5%	3,5%
Nº de consultas	329.552	325.213	336.000	323.134	357.117	390.390	-0,7%	3,4%
Urgência								
1ª Escalão	103.863	107.936	104.348	104.348	100.212	110.000	0,2%	1,2%
2ª Escalão	0	0	0	0	0	0	0,0%	0,0%
A faturar como 1ª consultas	47.361	45.065	46.852	46.852	49.566	50.000	-0,4%	1,1%
A faturar como subsequentes	4.329	3.591	6.022	6.022	4.168	4.500	11,6%	0,8%
Número de urgências	155.553	156.592	157.222	157.222	153.946	164.500	0,4%	1,1%
Hospital de Dia Médico								
Oncologia	1.611	870	696	0	0	901	-100,0%	-11,0%
Pediatria	783	545	580	642	532	535	-6,4%	-7,3%
Psiquiatria	537	1.320	1.400	1.782	2.424	2.500	49,2%	36,0%
Hemodiálise	1.300	0	1.872	4.000	4.600	4.800	45,4%	29,9%
Infecciologia	0	0	0	0	17	12	0,0%	0,0%
Outras Sessões	13.605	11.115	13.780	6.250	6.243	5.823	-22,8%	-15,6%
Total (Nº de sessões)	17.836	13.850	18.328	12.674	13.816	14.571	-10,8%	-4,0%

Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSN, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação, relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST e atas do procedimento anual produzidas pela ARSN.

## Dos valores apresentados conclui-se o seguinte:

• Em termos globais, no período 2012-2015, com exceção do hospital de dia e das consultas, todas as áreas de atividade registaram uma taxa de crescimento média anual da produção prevista positiva, destacando-se, sobretudo, a área do ambulatório, que cresceu a uma média anual de 12,7%, aumentando o seu peso relativo no total dos doentes equivalentes de internamento e ambulatório, de 58% em 2012 para 66% em 2015 (e 70% em 2017). A esta evolução não será

<sup>38</sup> Relativamente a este ano de 2017, importa notar que, não obstante já tenha sido acordada entre a EGEST e a EPC o valor da produção prevista, não foi ainda devidamente formalizado o respetivo procedimento anual.

certamente alheia a tendência de ambulatorização que se tem verificado no sector da saúde;

• Quando considerados os anos de 2016 e 2017, verifica-se um impacto positivo ao nível da taxa de crescimento média anual de todas as áreas, o que se justifica pelo facto de, sobretudo em 2017, a produção prevista ter sido revista em alta, com especial enfoque nos casos do ambulatório – onde a produção prevista aumentou 28% -, das consultas externas – onde a produção prevista aumentou 9%, depois de ter já aumentado 11% em 2016 - e da urgência – onde foi registado um aumento de 7%.

100. Nos quadros seguintes, apresentam-se os valores de produção prevista determinados em cada ano, por comparação com os valores inicialmente propostos pela EGEST, bem como com os valores de produção efetiva do hospital, antes de aplicados os limites estabelecidos no Contrato de Gestão para efeitos de cálculo da remuneração.

# Quadro 3 – Produção proposta pela EGEST, produção prevista e produção efetiva sem limites

Unidade de produção aplicável

Página 77 de 332

<sup>39</sup> O que, de acordo com informações prestadas pelo gestor do contrato, se deve ao facto de, na sequência da aquisição, por parte da EGEST, de um novo equipamento de radioterapia, se prever que os tratamentos que atualmente estão a ser realizados noutros hospitais, designadamente no Hospital de S. João, passem a ser realizados no Hospital de Braga.

<sup>40</sup> De acordo com o gestor do contrato, estes aumentos, de 2016 e 2017, ao nível das consultas externas, ficaram a dever-se à necessidade de redução das listas de espera, que no caso do Hospital de Braga se apresentam superiores à generalidade dos demais hospitais do Grupo de Referência da parceria relativos ao Hospital de Braga (dr. Gráfico 65).

P EGEST vs PPrevista vs PE sem limites		2012						2013					
	P EGEST	P Prevista	PE s/lim	Desvio P EGEST vs PPrevista	Desvio P s/lim. vs PPrevista	P EGEST	P Prevista	PE s/lim	Desvio P EGEST vs PPrevista	Desvio P s/lim. vs PPrevista			
Internamento e Ambulatório													
Nº de episódios	84.444	64.289	68.909	31%	7%	81.474	79.779	80.038	2%	0%			
Internamento	32.213	27.452	27.634	17%	1%	29.125	27.833	27.534	5%	-1%			
Ambulatório	52.231	36.836	41.275	42%	12%	52.349	51.946	52.504	1%	1%			
Doentes equivalentes	83.319	63.461	68.099	31%	7%	80.294	78.621	79.166	2%	1%			
Internamento	31.088	26.625	26.824	17%	1%	27.945	26.675	26.662	5%	0%			
Ambulatório	52.231	36.836	41.275	42%	12%	52.349	51.946	52.504	1%	1%			
ICM Global	0,582	0,636	0,635	-9%	0%	0,563	0,551	0,590	2%	7%			
Dias de Internamento Prolongado													
Número de Dias	1.632	459	4.043	256%	781%	209	209	3.648	0%	1645%			
Consulta Externa									enc manus anomenus				
1º consultas	121.519	109.867	111.157	11%	1%	120.266	110.213	110.779	9%	1%			
subsequentes	234.839	219.685	239.584	7%	9%	233.837	215.000	255.612	9%	19%			
Nº de consultas	356.358	329.552	350.741	8%	6%	354.103	325.213	366.391	9%	13%			
Urgência													
1ª Escalão	112.613	103.863	103.434	8%	0%	106.785	107.936	103.158	-1%	-4%			
2ª Escalão	0	0	0	0%	0%	0	0	0	0%	0%			
A faturar como 1ª consultas	68.699	47.361	46.442	45%	-2%	39.344	45.065	55.584	-13%	23%			
A faturar como subsequentes	6.692	4.329	5.969	55%	38%	3.135	3.591	4.112	-13%	15%			
Número de urgências	188.004	155.553	155.845	21%	0%	149.264	156.592	162.854	-5%	4%			
Hospital de Dia Médico													
Oncologia	8.563	1.611	857	432%	-47%	539	870	606	-38%	-30%			
Pediatria	1.374	783	540	75%	-31%	665	545	529	22%	-3%			
Psiquiatria	5.500	537	1.326	924%	147%	62	1.320	1.463	-95%	11%			
Hemodiálise	6.618	1.300	0	409%	-100%	0	0	0	0%	0%			
Infecciologia	1.437	0	1	0%	0%	0	0	0	0%	0%			
Outras Sessões	19.144	13.605	11.350	41%	-17%	12.515	11.115	11.223	13%	1%			
Total (N° de sessões)	42.636	17.836	14.074	139%	-21%	13.782	13.850	13.821	0%	0%			

P EGEST vs PPrevista vs PE sem limites	2014						2015				
	P EGEST	P Prevista	PE s/lim	Desvio P EGEST vs PPrevista	Desvio P s/lim. vs PPrevista	P EGEST	P Prevista	PE s/lim	Desvio P EGEST vs PPrevista	Desvio P s/lim. vs PPrevista	
Internamento e Ambulatório											
Nº de episódios	85.279	79.332	83.489	7%	5%	82.971	80.493	85.063	3%	6%	
Internamento	28.649	28.050	28.374	2%	1%	28.737	27.803	28.973	3%	4%	
Ambulatório	56.630	51.282	55.115	10%	7%	54.234	52.690	56.090	3%	6%	
Doentes equivalentes	84.184	78.241	82.567	8%	6%	82.050	79.590	84.073	3%	6%	
Internamento	27.554	26.959	27.452	2%	2%	27.816	26.900	27.983	3%	4%	
Ambulatório	56.630	51.282	55.115	10%	7%	54.234	52.690	56.090	3%	6%	
ICM Global	0,546	0,565	0,718	-3%	27%	0,577	0,577	0,637	0%	10%	
Dias de Internamento Prolongado											
Número de Dias	6.334	4.043	5.693	57%	41%	3.648	4.043	7.403	-10%	83%	
Consulta Externa											
1º consultas	111.000	112.000	116.708	-1%	4%	113.145	113.145	115.461	0%	2%	
subsequentes	222.000	224.000	263.642	-1%	18%	226.290	209.989	277.138	8%	32%	
Nº de consultas	333.000	336.000	380.350	-1%	13%	339.435	323.134	392.599	5%	21%	
Urgência											
1ª Escalão	110.260	104.348	104.348	6%	0%	108.092	104.348	104.348	4%	0%	
2ª Escalão	0	0	3.357	0%	0%	0	0	6.854	0%	0%	
A faturar como 1ª consultas	58.420	46.852	56.923	25%	21%	55.684	46.852	54.584	19%	17%	
A faturar como subsequentes	4.566	6.022	4.303	-24%	-29%	4.557	6.022	4.312	-24%	-28%	
Número de urgências	173.246	157.222	168.931	10%	7%	168.334	157.222	170.098	7%	8%	
Hospital de Dia Médico											
Oncologia	1.697	696	700	144%	1%	0	0	923	0%	0%	
Pediatria	580	580	592	0%	2%	642	642	524	0%	-18%	
Psiquiatria	1.400	1.400	2.243	0%	60%	1.782	1.782	2.432	0%	36%	
Hemodiálise	6.676	1.872	1.238	257%	-34%	4.000	4.000	3.169	0%	-21%	
Infecciologia	0	0	0	0%	0%	0	0	7	0%	0%	
Outras Sessões	15.302	13.780	5.361	11%	-61%	6.250	6.250	5.753	0%	-8%	
Total (Nº de sessões)	25.655	18.328	10.134	40%	-45%	12.674	12.674	12.808	0%	1%	

Fonte: Propostas anuais de fixação da produção elaboradas pela EGEST, dados de produção disponibilizados pela ARSN, relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSN e atas do procedimento anual produzidas pela ARSN..

Nota: Os valores de produção (i) prevista apresentados refletem a produção que foi acordada em cada um dos anos pelas partes e (ii) sem limites apresentados refletem a produção antes da aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos do cálculo da remuneração da EGEST.

Da análise dos referidos quadros é possível concluir que (i) a produção proposta pela EGEST apresentou-se quase sempre acima da produção efetivamente contratada (produção prevista), o que naturalmente se compreende, seja porque o processo de determinação da produção prevista é um processo negocial, seja porque em alguns anos o valor da produção prevista foi influenciado por questões de índole orçamental, (ii) as diferenças entre a produção proposta pela EGEST e a produção efetivamente contratada foram relativamente elevadas em 2012, esbatendo-se substancialmente nos anos seguintes, destacando-se apenas o ano de 2014, onde, na área do hospital de dia, a proposta do parceiro privado foi superior à produção prevista em 40%, em virtude da introdução da hemodiálise, mas na verdade os valores de produção efetiva vieram a revelar-se mais alinhados com a produção prevista do que com as estimativas iniciais do parceiro privado, e (iii) em termos globais, a produção efetiva sem limites tem ficado tendencialmente acima da produção prevista, com exceção do caso do hospital de dia, onde a produção efetiva ficou abaixo da produção prevista ou relativamente em linha.

101. Analisando a evolução da taxa de crescimento anual da produção prevista por comparação com a taxa de crescimento anual da produção efetiva, por áreas de atividade, conclui-se, da leitura do gráfico seguinte, e no que ao internamento diz respeito, que em 2014 e 2015 o aumento da produção prevista não foi suficiente para acomodar o crescimento da produção efetiva, embora tal não se tenha traduzido em doentes equivalentes não remunerados, uma vez que toda a produção efetiva realizada foi acomodada dentro do 1.º e 2.º escalões de produção previstos contratualmente para a área do internamento.

igina 79 de 332

Gráfico 1 – Taxa de crescimento da produção efetiva sem limites e da produção prevista na área de internamento (em doentes equivalentes)

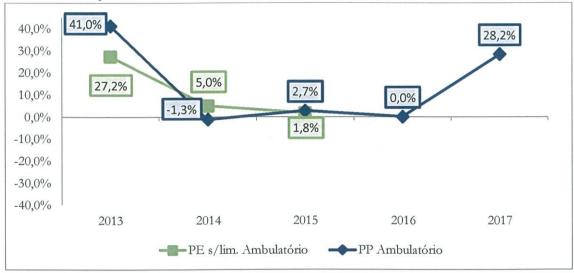


Fonte: Informação disponibilizada pela ARSN, relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST produzidos pela ARSN, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSN e atas do procedimento anual produzidas pela ARSN.

No caso da área do <u>ambulatório</u>, e tal como se constata a partir do gráfico seguinte, nos anos de 2013 e 2015, o crescimento da produção prevista foi superior ao da produção efetiva, ao contrário de 2014. Importa notar, que à semelhança da área de internamento, também nesta área se constatou não terem existido doentes equivalentes fora dos 1.º e 2.º escalões, pelo que toda a produção realizada foi efetivamente remunerada.

Gráfico 2 – Taxa de crescimento da produção efetiva sem limites e da produção prevista na área de ambulatório (em doentes equivalentes)





<u>Fonte</u>: Informação disponibilizada pela ARSN, Relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST produzidos pela ARSN, Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSN e Atas do procedimento anual produzidas pela ARSN.

No caso das <u>consultas externas</u>, efetivamente, constata-se a existência em todos os anos analisados de uma taxa de crescimento anual da produção efetiva superior ao crescimento da produção prevista, o que se tem traduzido na existência de produção não remunerada (em virtude de a produção efetiva ter sempre ultrapassado os limites à produção efetiva, impostos para efeitos da remuneração, *cfr.* melhor detalhado no ponto 3.1.7.2. do presente Relatório), situação que a EPC tentou resolver em 2016 e 2017, já que nestes anos o crescimento da produção prevista foi bastante mais acentuado do que o verificado nos anos anteriores.

Página 81 de 332

Gráfico 3 – Taxa de crescimento da produção efetiva sem limites e da produção prevista na área das consultas externas



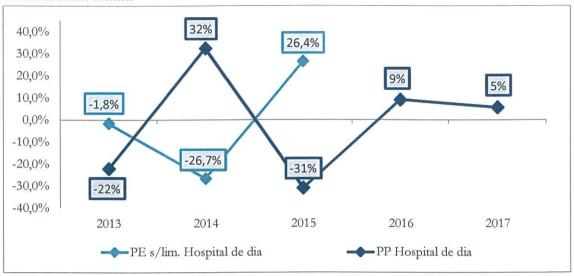


<u>Fonte</u>: Informação disponibilizada pela ARSN, relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST produzidos pela ARSN, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSN e atas do procedimento anual produzidas pela ARSN.

No caso do <u>hospital de dia</u>, não se verifica uma tendência uniforme da evolução das taxas de crescimento da produção prevista e da produção efetiva, sendo contudo importante referir que, sem prejuízo das divergentes taxas de crescimento entre a produção prevista e a produção efetiva, apenas em 2015 se constatou a existência de sessões não remuneradas, em virtude de terem sido ultrapassados os limites à produção efetiva para efeitos da remuneração previstos contratualmente (*cfr.* melhor detalhado no ponto 3.1.7.2. do presente Relatório).

Gráfico 4 – Taxa de crescimento da produção efetiva sem limites e da produção prevista no Hospital de Dia

Valores em número de sessões



Fonte: Informação disponibilizada pela ARSN, relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST produzidos pela ARSN, relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSN e atas do procedimento anual produzidas pela ARSN.

102. Relativamente à produção efetiva, importa relembrar que o Contrato de Gestão prevê a aplicação de limites (cfr. ponto 3.1.7.2. do presente Relatório) à produção efetiva objeto de remuneração (em função da produção prevista), o que, na prática, se poderá traduzir na possibilidade de parte da produção efetivamente realizada pelo parceiro privado não ser remunerada. De acordo com os dados do quadro seguinte verifica-se que, ao longo do período analisado, apenas na área das consultas externas (sobretudo no caso das consultas subsequentes) se verificou efetivamente a existência de produção não remunerada, com exceção do ano de 2015, em que também no hospital de dia se verificou a existência de produção efetiva acima dos limites relativos à remuneração.

Página 83 de 332

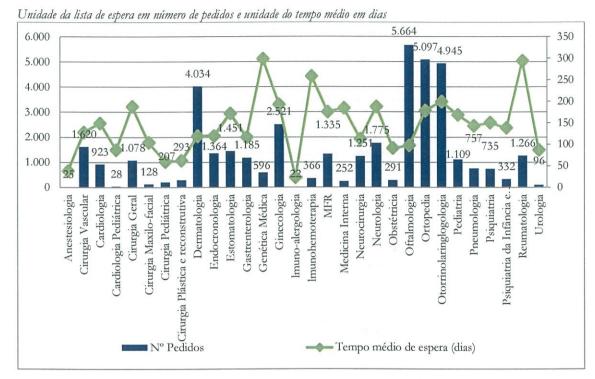
Quadro 4 – Percentagem de produção efetiva com limites sobre a produção efetiva sem limites

PEcom limites /PEsem limites	2012	2013	2014	2015
Internamento e Ambulatório				
Doentes equivalentes (Int e Amb.)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Dias de Internamento Prolongado				
Número de Dias	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Consulta Externa				
N° de consultas	94,0%	88,8%	88,3%	82,3%
Urgência				
Número de urgências	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Hospital de Dia Médico				
Total (N° de sessões)	100,0%	100,0%	100,0%	99,0%

<u>Fonte</u>: Dados de produção disponibilizados pela ARSN e relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSN.

Quanto à questão das diferenças entre a produção efetiva com limites e a produção efetiva sem limites no caso das consultas externas subsequentes, cumpre sublinhar que à sua verificação poderá não ser alheio o facto de existirem atualmente determinadas especialidades (efr. se verifica no gráfico seguinte, que apresenta os dados para o ano de 2015) com elevados tempos médios de espera para a 1.ª consulta (destacando-se a genética médica e a reumatologia), podendo, portanto, nesse sentido, estar a EPC a querer incentivar a EGEST a aumentar o peso das 1.ª consultas no total.

Gráfico 5 – Lista de espera de consultas por especialidade e tempo médio de espera para 1.ª consulta em dias, no ano de 2015



<u>Fonte</u>: Informação disponibilizada pela ARSN e relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST produzidos pela ARSN.

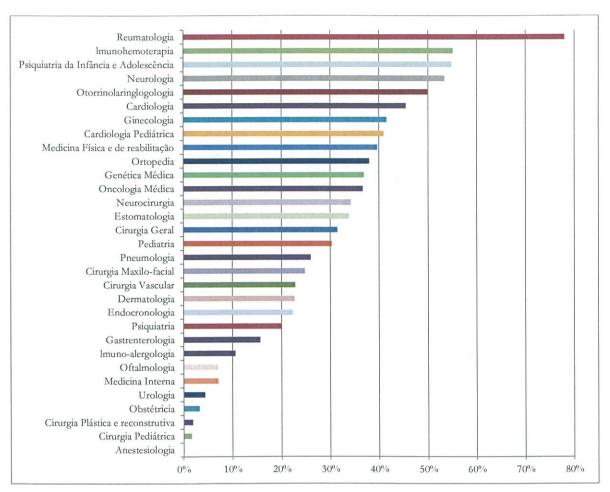
Nota: Exclui, por facilidade de apresentação gráfica, a especialidade de oncologia médica, onde existiam, no final de 2015, 865 pedidos por satisfazer e um tempo médio de espera de 17 dias.

Com efeito, de acordo com o gráfico seguinte, é possível verificar que a especialidade de reumatologia é aquela onde se verifica o maior número de consultas realizadas fora do tempo (em 2015), verificando-se que menos de 20% das 1. consultas são realizadas dentro do tempo. Importa também salientar que existem várias outras especialidades onde os tempos médios de espera verificados em 2015 estão acima do Tempo Máximo de Resposta Garantido ("TMRG")<sup>41</sup>, mesmo considerando o seu valor máximo de 150 dias relativo às consultas consideradas "normais". Com efeito, as listas de espera no caso de primeiras consultas e os tempos médios de espera são uma questão crítica no Hospital de Braga, aliás como se pode ver quando comparados os dados do hospital com os dados dos hospitais do grupo de referência considerado pela Equipa de Projeto, cfr. Gráfico 66, embora a EGEST tenha superado os valores de produção prevista nesta linha de atividade em todos os anos analisados.

Página 85 de 332

<sup>41</sup> Definido pela Portaria n.º 87/2015, de 23 de março.

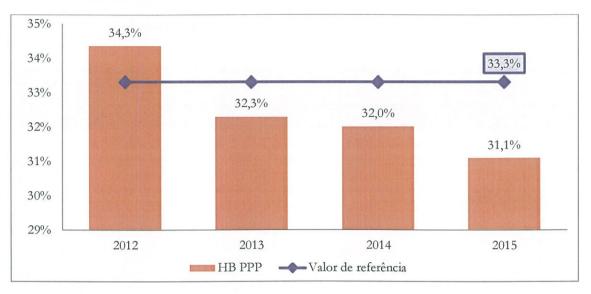
Gráfico 6 - Percentagem de consultas realizadas fora do tempo por especialidade em termos médios (2014-2015)



<u>Fonte</u>: Informação disponibilizada pela ARSN e Relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST produzidos pela ARSN.

Em linha com o raciocínio apresentado *supra*, verifica-se, no gráfico seguinte, que, efetivamente, o peso das 1.<sup>as</sup> consultas no total das consultas externas registou uma tendência de redução entre 2012 e 2015, situando-se sempre abaixo do valor de referência estabelecido pelo parceiro público ao longo dos três últimos anos.

Gráfico 7 – Percentagem de primeiras consultas no total de consultas externas, no período de 2012-2015



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS e Relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST produzidos pela ARSN.

Nota: Os valores de referência referem-se aos valores determinados em cada ano – nos termos do previsto contratualmente – para efeitos de avaliação dos respetivos parâmetros de desempenho.

103. No que concerne à produção efetiva elegível sem limites, relativamente à qual são posteriormente aplicados os limites de produção contratualmente previstos para efeitos de cálculo da remuneração base anual da EGEST, importa referir que a mesma não coincide necessariamente com os valores de produção efetiva reportados pelo parceiro privado, uma vez que esses valores são, no contexto do processo de reconciliação, submetidos a um processo de verificação por parte da EPC, procedendo esta à realização de expurgos, que correspondem a episódios não elegíveis e que, portanto, não são considerados na produção efetiva apurada pelo parceiro privado<sup>42</sup>, quer para efeitos de remuneração, quer para confronto da produção efetiva com os respetivos limites contratuais.

No quadro seguinte, apresentam-se os valores da produção efetiva tal como reportada pelo parceiro privado (designadamente no que respeita à elegibilidade da produção por este considerada), e a repartição da mesma efetuada pela EPC entre produção elegível e produção não elegível. Como se pode constatar, quando existentes, os

Página 87 de 332

<sup>42</sup> Note-se que o próprio parceiro privado já procede a uma divisão da sua produção entre elegível e não elegível.

expurgos realizados pela EPC são sempre superiores aos do parceiro privado, ainda que as diferenças existentes não sejam significativas.

Quadro 5 - Produção efetiva reportada pela EGEST e produção efetiva sem limites

Unidade de produção aplicável

		2012			2013			2014			2015		
PE Privado vs PE sem limites	PE Privado	PE s/lim	Desvio PE s/lim vs PE Privado	PE Privado	PE s/lim	Desvio PE s/lim vs PE Privado	PE Privado	PE s/lim	Desvio PE s/lim vs PE Privado	PE Privado	PE s/lim	Desvio PE s/lim vs PE Privado	
Internamento e Ambulatório									TO THE REAL PROPERTY.				
Nº de episódios	71.665	71.665	0%	82.616	82.616	0%	87.307	87.307	0%	92.840	92.840	0%	
Elegível	69.399	68.909	-1%	80.436	80.038	0%	83.801	83.489	0%	86.697	85.063	-2%	
Não Elegível	2.266	2.756	22%	2.180	2.578	18%	3.506	3.818	9%	6.143	7.777	27%	
Doentes equivalentes													
Elegível	68.553	68.099	-1%	79.547	79.166	0%	82.955	82.567	0%	85.692	84.073	-2%	
Dias de Internamento Prolongado													
Número de Dias	4.338	4.338	0%	4.298	4.298	0%	5.718	5.718	0%	7.403	7.403	0%	
Elegível	4.338	4.043	-7%	4.298	3.648	-15%	5.718	5.693	0%	7.403	7.403	0%	
Não Elegível	n.a.	295	n.a.	n.a.	650	n.a.	n.a.	25	n.a.	n.a.	0	n.a.	
Consulta Externa													
Nº de consultas	366.412	366.412	0%	404.690	404.690	0%	447.570	447.570	0%	472.106	472.106	0%	
Elegível	357.087	350.741	-2%	380.154	366.391	-4%	406.387	380.350	-6%	420.122	392.599	-7%	
Não Elegível	9.325	15.671	68%	24.536	38.299	56%	41.183	67.220	63%	51.984	79.507	53%	
Urgência													
Número de urgências	177.785	177.785	0%	185.121	185.121	0%	192.022	192.022	0%	194.413	194.413	0%	
Elegível	156.516	155.845	0%	163.973	162.854	-1%	169.756	168.931	0%	171.051	170.098	-1%	
Não Elegível	21.269	21.940	3%	21.148	22.267	5%	22.266	23.091	4%	23.362	24.315	4%	
Hospital de Dia Médico													
Total (N° de sessões)	34.464	34.446	0%	31.841	31.841	0%	28.580	28.580	0%	28.866	28.866	0%	
Elegível	14.237	14.074	-1%	18.216	13.821	-24%	15.644	10.134	-35%	13.386	12.808	-4%	
Não Elegível	20.227	20.372	1%	13.625	18.020	32%	12.936	18.446	43%	15.480	16.058	4%	

Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSN, relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST e relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSN.

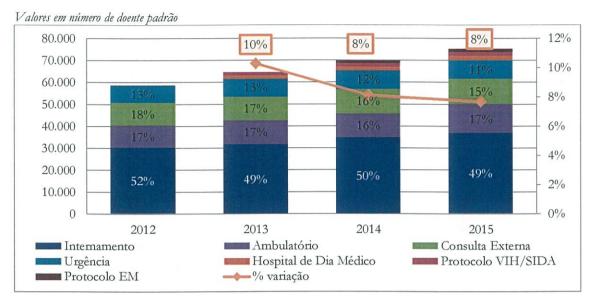
Nota: Os valores de produção sem limites apresentados refletem a produção antes da aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos do cálculo da remuneração da EGEST.

104. Uma vez analisada a produção prevista e a produção efetiva em termos globais, importa agora analisar a evolução da produção por áreas de atividade. Nesse sentido, e porque as unidades de medida da produção utilizadas nas diferentes áreas não são semelhantes entre si, calculou-se, para cada ano do período de análise, os valores de doente padrão 43, tendo por base a metodologia definida pela Equipa de Projeto (cfr. melhor descrito no ponto 3.2.1.2.2. do presente Relatório), que permite comparar os valores do referido indicador dentro de uma série temporal.

Neste contexto, apresenta-se, de seguida, a evolução anual do valor de doente padrão para o Hospital de Braga, desagregado por linha de produção, bem como a respetiva taxa de variação anual do mesmo.

<sup>43</sup> Doente padrão é a métrica utilizada, pela ACSS, para a agregar a atividade hospitalar (a qual é composta pelas diversas linhas de produção), numa única unidade de produção num determinado ano.

Gráfico 8 – Doente padrão desagregado por linha de produção (AP21) e respetiva taxa de variação face ao período homólogo, no período 2012-2015



Fonte: Equipa de Projeto, a partir de informação disponibilizada pela ACSS e pela ARSN.

Nota: O cálculo do doente padrão, no que se refere às linhas de produção de internamento e ambulatório, teve por base a produção codificada em GDH, através do agrupador AP21, bem como o ICM desagregado por áreas de atividade (tendo sido utilizada a base de dados de GDH's da ACSS). Para as restantes linhas de atividade, foi considerada a produção antes da aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos do cálculo da remuneração da EGEST.

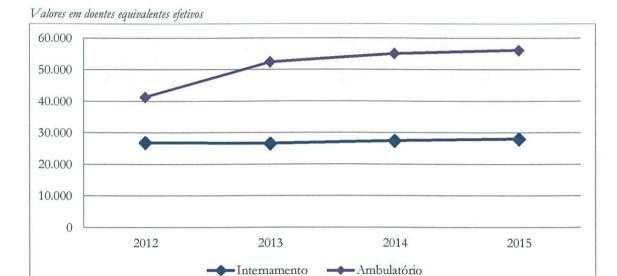
Tal como se constata, a partir do gráfico anterior, os valores de doente padrão do Hospital de Braga apresentaram uma tendência de crescimento ao longo de todo o período analisado, ainda que a taxa de crescimento tenha abrandado nos dois últimos anos, passando dos 10% para os 8%. Para esta evolução terão contribuído (i) o crescimento da produção efetiva da área de ambulatório (que em conjunto com o internamento representam as áreas de atividade mais onerosas do hospital) observado em 2013; (ii) os protocolos de VIH/SIDA e de esclerose múltipla vigentes desde 2013 e 2014, respetivamente; e (iii) o aumento registado pela generalidade das linhas de produção em 2014 e 2015.

Em termos globais, as áreas de atividade que, ao longo do período analisado, mais contribuíram para a tendência de aumento dos valores de doente padrão do Hospital de Braga foram as de internamento e ambulatório, respetivamente, não obstante a redução e a manutenção, pela mesma ordem, dos seus pesos no total do doente padrão.

Página 80 de 332

105. No que respeita à produção nas áreas de internamento e de ambulatório, o período analisado caracterizou-se por um crescimento em ambas as áreas, com maior expressão ao nível do ambulatório, tal como se verifica no gráfico seguinte.

Gráfico 9 – Linha de produção (doentes equivalentes efetivos) de internamento e ambulatório (2012-2015)



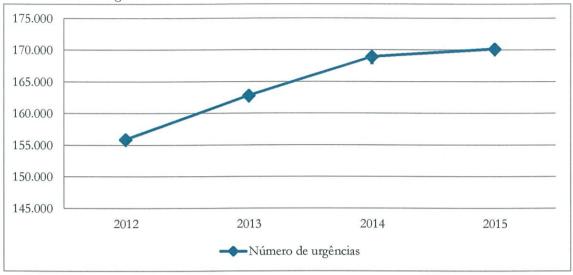
<u>Fonte</u>: Dados de produção disponibilizados pela ARSN e relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSN.

Nota: Os valores de produção apresentados são antes da aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos do cálculo da remuneração da EGEST.

106. Em relação à urgência, importa referir o aumento contínuo do número de atendimentos a partir de 2012, sendo relevante relembrar que, ao contrário do que acontece nas demais áreas de atividade, não existe qualquer limite à produção considerada para efeitos da remuneração.

## <u>Gráfico 10 – Urgência (2012-2015)</u>

Valores em número de urgências

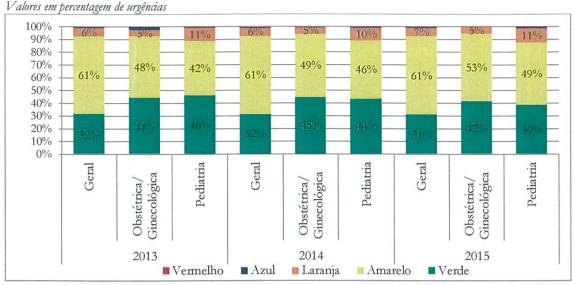


Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSN e relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSN.

Nota: Os valores de produção apresentados são antes da aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos do cálculo da remuneração da EGEST.

Relativamente à distribuição das urgências do Hospital de Braga, ilustra-se seguidamente a produção, entre os anos de 2013 e 2015, de acordo com o sistema de triagem de Manchester, concluindo-se que a "cor amarela" representou a maioria dos atendimentos de urgência, sendo a "cor verde" a segunda com maior representatividade.

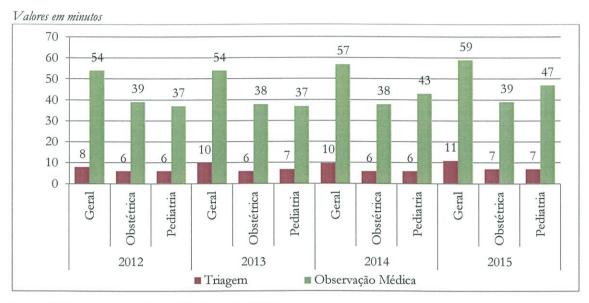
Gráfico 11 – Distribuição do número de episódios da Urgência tendo por base o sistema de Manchester entre 2013 e 2015



Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSN.

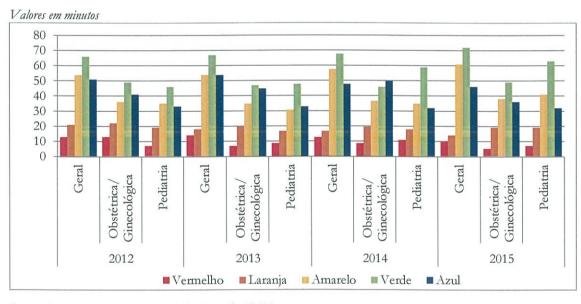
Tal como se constata dos gráficos seguintes, o tempo médio de espera por urgência, quer em termos de espera para triagem, quer relativamente ao tempo médio de espera para observação médica, tem apresentado alguma volatilidade ao longo dos últimos quatro anos, destacando-se o facto de em 2015, ao nível do tempo médio de espera por observação médica na urgência geral, se ter registado o maior valor de sempre, de 59 minutos.

Gráfico 12 – Tempo médio de espera em minutos entre 2012 e 2015 por tipo de urgência



Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSN.

Gráfico 13 - Tempo médio de espera em minutos entre 2012 e 2015 por tipo de urgência e por cor



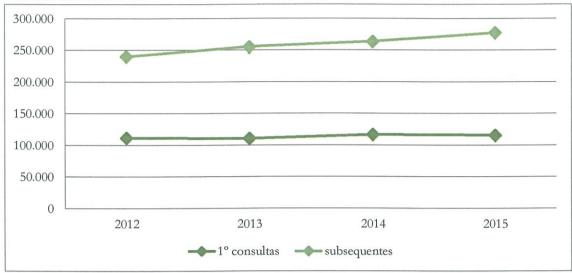
Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSN.

107. No caso das consultas externas, a evolução no período analisado foi em crescendo, sobretudo no caso das consultas subsequentes, como se pode constatar de seguida.

Página 93 de 332

### Gráfico 14 – Consultas externas (2012-2015)

Valores em número de consultas

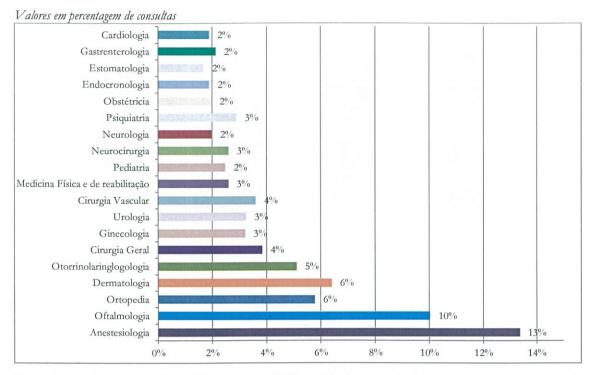


Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSN e Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSN.

Nota: Os valores de produção apresentados são antes da aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos do cálculo da remuneração da EGEST.

No que concerne apenas às primeiras consultas, apresenta-se, no gráfico seguinte, o peso de cada uma das especialidades no total, destacando-se, sobretudo, as consultas de anestesiologia, oftalmologia, dermatologia e ortopedia, por corresponderem àquelas que representam maior peso no total das consultas.

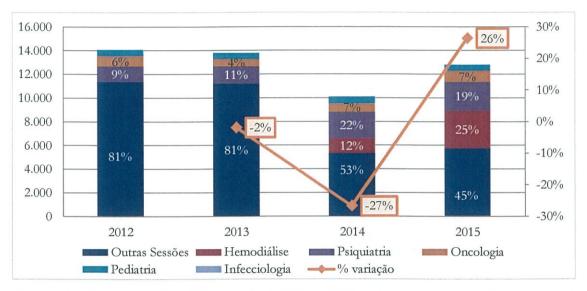
Gráfico 15 - Distribuição das primeiras consultas por especialidade em termos médios (2012-2015)



Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSN e Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSN.

108. No que ao hospital de dia diz respeito, o período analisado caracterizou-se por uma evolução heterogénea, destacando-se a forte redução do número de sessões de hospital de dia em 2014, justificada pela introdução, por parte da EPC (depois de consultado um conjunto de peritos médicos de diferentes especialidades), de uma nova lista de procedimentos geradores de sessões de hospital de dia que, sendo tecnicamente mais rigorosa, acabou por ter impacto no número de atos elegíveis, sobretudo ao nível das outras sessões, cujo peso decresceu de 81% para 45% entre 2012 e 2015.

Gráfico 16 – Hospital de Dia por especialidade e respetiva taxa de crescimento (2012-2015)



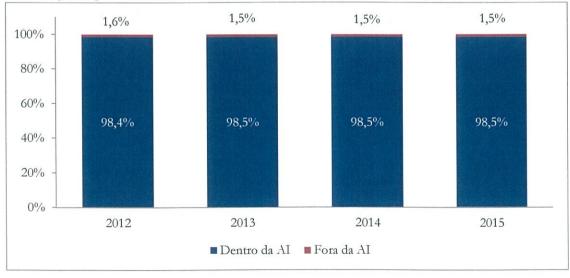
<u>Fonte</u>: Dados de produção disponibilizados pela ARSN e relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSN.

Nota: Os valores de produção apresentados são antes da aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos do cálculo da remuneração da EGEST.

109. Por fim, apresenta-se, no gráfico seguinte, a decomposição do número de utentes entre aqueles que pertencem à área de influência e aqueles que não pertencem à área de influência do hospital.

Gráfico 17 - Utentes saídos do internamento por Área de Influência

Valores em percentagem de utentes saídos



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

#### Remuneração

110. De acordo com o exposto no n.º 76 do presente Relatório, o valor da remuneração anual do parceiro privado, nos termos do previsto contratualmente, é o resultado da agregação de quatro componentes:

- A remuneração pelos serviços clínicos prestados (relativa às áreas de internamento e de ambulatório, consultas externas, hospital de dia e urgência, ao internamento prologando de doentes elegíveis para a RNCCI e ainda aos casos e atos específicos<sup>44</sup>);
- A remuneração pela disponibilidade operacional do serviço de urgência;
- Os ajustamentos, positivos ou negativos, calculados em função da prescrição medicamentos pelo Hospital de Braga e adquiridos nas farmácias comunitárias; e
- O valor das deduções a efetuar em virtude da ocorrência de falhas de desempenho.

Relativamente às componentes da remuneração referidas, importa clarificar que a parte relativa aos ajustamentos em função do consumo de produtos farmacêuticos, nunca chegou, na prática, a ser aplicada, uma vez que a sua aplicação depende dos valores do grupo de referência do Hospital de Braga, que não foi possível recolher, dado aquele grupo só ter sido constituído em 2015, com utilização no biénio 2016/2017 (cfr. ponto 3.2.1.2.1. do presente Relatório).

111. No quadro seguinte apresentam-se os encargos totais do parceiro público com o Hospital de Braga, no período de 2012 a 2015, os quais incluem (i) o valor da remuneração base anual da EGEST, tendo por referência a produção efetiva final de que se dispõe à data<sup>45</sup>, deduzida do valor relativo aos terceiros pagadores, às taxas moderadoras e outros acertos, bem como (ii) o valor da remuneração relativa aos protocolos VIH/SIDA e esclerose múltipla e ao programa centralizado de financiamento da Hepatite C, e (iii) ainda outros pagamentos e ou deduções (onde se incluem, designadamente, os pagamentos relativos a doenças lisossomais, os medicamentos de dispensa obrigatória em farmácia

Página 97 de 332

<sup>44</sup> A inclusão de casos e atos específicos na produção efetiva está sujeita a aprovação da EPC, nos termos do previsto contratualmente.

<sup>45</sup> Sendo importante salientar que a mesma pode sofrer alterações mediante pedidos adicionais de reconciliação dos exercícios por parte do parceiro privado.

hospitalar, as deduções por falhas de desempenho – que, naturalmente, abatem ao valor a cargo do SNS).

Importa ainda referir que os valores do quadro seguinte são apresentados numa ótica económica e não de acordo com o critério de caixa (fluxos financeiros).

Quadro 6 – Remuneração anual do parceiro privado, depois de aplicados os limites contratuais

Valores em milhares de euros

Remuneração da EGEST	2012	2013	2014	2015
Internamento e Ambulatório	81.744	90.242	96.068	101.276
Urgência	13.534	14.084	14.436	14.342
Consulta Externa	17.713	17.545	18.074	17.430
Disponibilidade do Serviço de Urgência	3.402	3.362	3.572	3.623
Hospital de Dia Médico	2.049	1.930	1.358	1.410
Casos e Atos Específicos	0	0	15	115
Dias de Internamento prolongado	373	337	526	681
Remuneração base anual da EGEst	118.815	127.500	134.050	138.875
Taxa de crescimento	-	7,3%	5,1%	3,6%
Deduções	-543	-604	-426	-563
Remuneração anual da EGEst	118.272	126.896	133.624	138.312
Parcela a cargo de Terceiros Pagadores	-1.879	-2.029	-2.414	-2.233
Taxas moderadoras	-2.649	-2.734	-2.865	-2.975
Partilha de receitas comerciais de terceiros	-75	-66	-50	-54
Ensino	-178	-155	-224	-253
Partilha de receita devida por Terceiros Pagadores - Acerto de 2014	-697	-627	-983	0
Parcela a cargo do SNS	112.793	121.284	127.089	132.797
Duodécimo	97.597	106.500	107.561	108.205
Valor de reconciliação	15.196	14.784	19.528	24.592
ProtocolosVIH / Esclerose	0	3.768	4.382	7.703
Outros	3.479	3.467	5.316	6.031
Total Remuneração	116.272	128.520	136.787	146.531

<sup>&</sup>lt;u>Fonte</u>: Dados de produção disponibilizados pela ARSN e relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSN.

Nota: Os valores dos protocolos VIH/SIDA e esclerose múltipla e a rubrica de outros referem-se aos valores reportados em cada ano – adaptados à lógica económica – pela EPC.

Note-se que a remuneração que se apresenta no quadro anterior tem por base os valores da produção efetiva <sup>46</sup> do Hospital de Braga, depois de aplicados os limites contratualmente aplicáveis para efeitos de determinação da remuneração, para cada um dos escalões de produção (cfr. quadro seguinte).

Quadro 7 - Produção efetiva após aplicação dos limites contratuais

Unidade de produção aplicável

Produção Efetiva	com limites						
Frodução Eletiva	2012	2013	2014	2015			
Internamento e Ambulatório				75.71			
Doentes equivalentes	68.099	79.166	82.567	84.073			
Internamento	26.824	26.662	27.452	27.983			
Ambulatório	41.275	52.504	55.115	56.090			
ICM Global	0,635	0,590	0,612	0,637			
Dias de Internamento Prolongado							
Número de Dias	4.043	3.648	5.693	7.403			
Consulta Externa							
1° consultas	109.867	110.213	112.000	113.145			
subsequentes	219.685	215.000	224.000	209.989			
N° de consultas	329.552	325.213	336.000	323.134			
Urgência							
1ª Escalão	103.434	103.158	104.348	104.348			
2ª Escalão	0	0	3.357	6.854			
A faturar como 1ª consultas	46.442	55.584	56.923	54.584			
A faturar como subsequentes	5.969	4.112	4.303	4.312			
Número de urgências	155.845	162.854	168.931	170.098			
Hospital de Dia Médico							
Oncologia	857	606	700	0			
Pediatria	540	529	592	642			
Psiquiatria	1.326	1.463	2.243	1.782			
Hemodiálise	O	0	1.238	4.000			
Infecciologia	1	O	0	0			
Outras Sessões	11.350	11.223	5.361	6.250			
Total (Nº de sessões)	14.074	13.821	10.134	12.674			

<u>Fonte</u>: Dados de produção disponibilizados pela ARSN e relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSN.

Nota: Os valores da produção efetiva apresentados englobam já a aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos de pagamentos pela EPC.

112. De seguida representa-se graficamente a evolução das linhas da remuneração base anual da EGEST<sup>47</sup> por linha de produção. Em termos contributivos, destacam-se

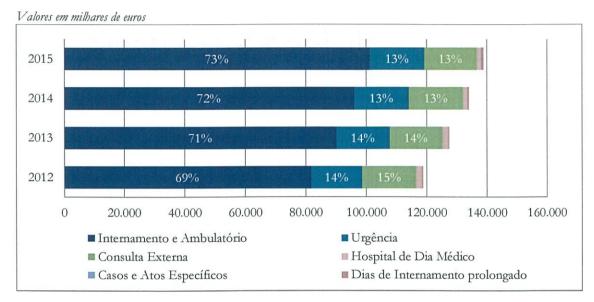
Página 99 de 332

<sup>46</sup> Os quais poderão ainda ser objeto de revisão, como referido anteriormente.

<sup>47</sup> Que não inclui protocolos, nem programas específicos de financiamento da Hepatite C.

as áreas de internamento e ambulatório como aquelas que mais contribuíram para o aumento da remuneração verificada entre 2012 e 2015, representando as mesmas cerca de 97% do total desse aumento.

Gráfico 18 – Remuneração anual desagregada por área de atividade, considerando a aplicação dos limites contratuais

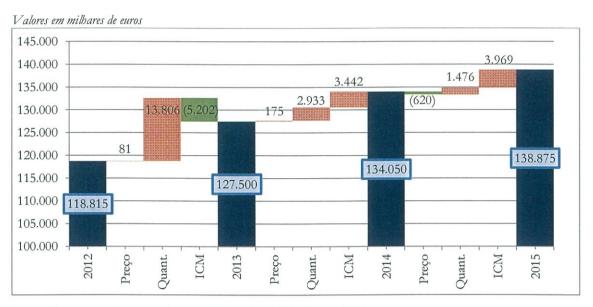


<u>Fonte</u>: Dados de produção disponibilizados pela ARSN e Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSN.

Em 2015, a remuneração base anual da EGEST (antes da aplicação de deduções) ascendeu a cerca de 138,9 milhões de euros, representando a linha de produção de internamento e ambulatório um peso de 73% do total, seguida da consulta externa (com 13%) e da urgência (com 10%).

Efetuando a desagregação da evolução da remuneração, no período compreendido entre 2012 e 2015, em termos de efeitos de preço, quantidade e ICM, conclui-se que o crescimento da remuneração resulta, em primeira instância do aumento da produção, seguindo-se o efeito decorrente do aumento da complexidade média da produção de internamento e de ambulatório, já que o fator preço conduziu a uma redução da remuneração em 2015, na sequência da inflação negativa registada naquele exercício.

Gráfico 19 - Evolução da remuneração desagregada pelos efeitos preço, quantidade e ICM



Fonte: Equipa de Projeto, a partir de informação disponibilizada pela ARSN.

No gráfico seguinte apresenta-se a desagregação do valor total da remuneração acumulada no período entre 2012 e 2015. Do total de 528,1 milhões de euros pagos ao parceiro privado neste período, conclui-se que cerca de 70% foi referente às áreas de internamento e ambulatório, seguindo-se, por ordem de importância, a remuneração relativa à consulta externa e a remuneração referente à urgência.

Cumpre mencionar que o montante total pago ao parceiro privado encontra-se deduzido do valor a cargo dos terceiros pagadores e dos utentes, que ascendeu, no período analisado, a cerca de 19,8 milhões de euros, representando cerca de 4% da remuneração base anual da EGEST (após as deduções de falhas especificas, de serviço e de resultado).

Valores em milhares de euros 600.000 70.355 18.292 (11.223)(2.137)70.762 500,000 (3.362)(8.555)6.747 15.854 1.917 400.000 300.000 519.241 493.964 528.110 200.000 100.000 Total Urgência Remuneração cargo do SNS Casos e Atos Pagadores Outros Inter. e Amb. Consulta base EGEst Deduções Moderadoras Específicos Terceiros Hospital de Dia Protocolos Taxas

Gráfico 20 – Evolução acumulada da remuneração no período de 2012 a 2015

Fonte: Equipa de Projeto, a partir de informação disponibilizada pela ARSN.

113. No caso das áreas de internamento e de ambulatório, a remuneração do parceiro privado é calculada tendo por base (i) o volume de produção, medida em doente equivalente, (ii) a relatividade do Hospital de Braga face aos demais, em termos da complexidade da sua casuística, medida pelo ICM (sendo considerado, para efeitos de apuramento da remuneração o ICM global do hospital e não o ICM desagregado por atividade de internamento médico ou cirúrgico e ambulatório médico ou cirúrgico), e ainda (iii) os preços unitários contratualmente estabelecidos, devidamente atualizados pela taxa de inflação, nos termos contratualmente previstos.

A atividade de internamento e de ambulatório é classificada em GDH, através do agrupador na versão *All Patient DRG* 21 ("**AP21**") <sup>48</sup>. Os episódios de internamento classificados em GDH são convertidos em doentes equivalentes, tendo em conta o tempo de internamento ocorrido em cada um deles e o intervalo de normalidade definido para cada GDH<sup>49</sup>. No caso dos episódios de doentes em ambulatório que resultem em GDH faturável em ambulatório, a cada episódio corresponde um doente equivalente, segundo as regras previstas no caso dos hospitais EPE. Não obstante, no caso do Hospital de Braga, o cálculo do doente equivalente relativo a ambulatório é feito tendo por base o quociente entre o peso relativo da intervenção em cirurgia de ambulatório e o peso relativo do

<sup>48</sup> A qual difere da versão do agrupador atualmente aplicável aos hospitais do SNS.

<sup>49</sup> Nos termos da Portaria n.º 132/2009, de 30 de janeiro, alterada pela Portaria n.º 839-A/2009, de 31 de julho.

episódio de internamento correspondente ao GDH em que a intervenção em cirurgia de ambulatório se integra, sendo estes pesos relativos determinados nos termos da Portaria aplicável para o efeito.

Em face do exposto, verifica-se, portanto, que o valor da remuneração relativa às áreas de internamento e de ambulatório dependerá, não só do valor da demora média dos episódios de internamento (uma vez que a posição relativa desta face ao intervalo de normalidade definido para cada GDH influencia o rácio doente equivalente por episódio), mas também da evolução da complexidade relativa da casuística do hospital (medida pelo ICM global), a qual tem impacto direto no valor da remuneração<sup>50</sup>.

Nos gráficos seguintes, apresenta-se a demora média do internamento, por comparação com o ICM global do Hospital de Braga (considerando o AP21), bem como a evolução da remuneração das áreas de internamento e de ambulatório, sendo possível inferir, a partir da sua análise, o seguinte:

- Em 2013, não obstante a redução do ICM, verificou-se um aumento da remuneração das áreas de internamento e de ambulatório (cfr. Gráfico 22), em virtude, não só do aumento do número de episódios (cfr. quadro 5), mas também do aumento do rácio doente equivalente por episódio, decorrente da maior demora média verificada;
- Em 2014 e 2015, o valor da remuneração destas áreas de atividade tornou a registar um aumento, para o qual contribuiu, fundamentalmente, o crescimento do ICM e o aumento do número de episódios, verificados em ambos os exercícios, e o aumento da demora média a que se assistiu em 2015. Refira-se ainda que neste último exercício, para efeitos de cálculo do valor da parcela da remuneração base anual relativa ao internamento e ambulatório, foi considerado um ICM (de 0,6368) inferior àquele que resulta da produção efetiva do Hospital de Braga (de 0,6379) (cfr. gráfico seguinte), tendo por base o estipulado no Contrato de Gestão<sup>51</sup> (cfr. n.º 78 do presente Relatório).

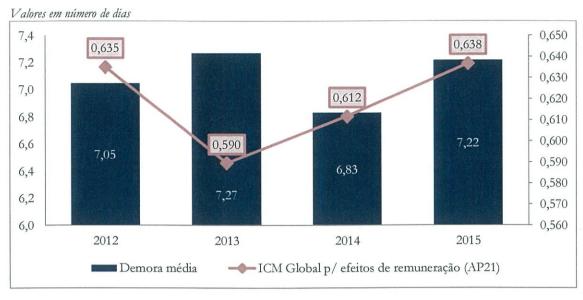
Página 103 de 332

M. M.

<sup>50</sup> Recorde-se, que a remuneração na área de internamento e de ambulatório é igual a: doente equivalente x ICM global x preço.

<sup>51</sup> O Contrato de Gestão prevê que, para efeitos de cálculo da remuneração seja considerado o mínimo entre o ICM do hospital no ano em causa e a média do ICM da população, verificado em cada um dos cinco anos precedentes. Assim, aplicando esta disposição contratual, em 2015 o ICM do Hospital de Braga foi calculado com base na totalidade de episódios de internamento e ambulatório, correspondentes ao perfil assistencial do Hospital de Braga, verificados efetivamente para a população da sua área de influência, independentemente da unidade hospitalar em que foram prestados.

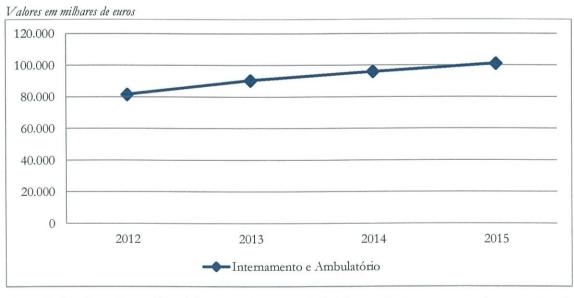
Gráfico 21 – Demora média versus ICM (AP21) período de 2012 a 2015



Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSN, Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSN e Relatório de desempenho da EGEST produzidos pela ARSN.

Nota: Os valores da demora média apresentados consideram a produção de recém nascidos e tem por base a produção antes da aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos do cálculo da remuneração da EGEST.

## Gráfico 22 – Evolução da remuneração efetiva da área de internamento e ambulatório



<u>Fonte</u>: Dados de produção disponibilizados pela ARSN e Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSN.

Nota: Os valores de remuneração apresentados incorporam a aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos do cálculo da remuneração da EGEST.

3.2.1.1.3. Comparação do CPC (ajustado pela produção efetiva) com os valores reais

### 114. Tendo em conta que:

- Uma das premissas fundamentais que estiveram na génese da decisão inicial quanto à opção por um modelo de PPP para a prestação dos serviços clínicos do novo Hospital de Braga, e que fundamentou, portanto, a celebração do Contrato de Gestão atualmente em vigor, foi o facto de o valor da proposta do concorrente selecionado representar uma poupança face ao CPC, de 35,05%;
- O CPC representava, à data, o valor atualizado líquido dos custos totais que o
  Estado Português estimava vir a incorrer, para o mesmo período de 10 anos da
  parceria, caso optasse por um modelo de gestão pública para a operação clínica
  do novo Hospital de Braga;

hoje, decorridos já mais de 7 anos de execução do Contrato de Gestão, um dos indicadores fundamentais a ter em consideração na avaliação do *Value for Money* da parceria numa lógica ex post — tal como se pretende — terá necessariamente de ser o valor da poupança real do parceiro público, calculada por comparação entre o valor do CPC (realizado aquando do estudo e preparação da PPP), atualizado de acordo com o quadro de produção real do hospital, e o valor dos encargos efetivamente incorridos pelo parceiro privado, nos termos do previsto contratualmente.

Assim, entende-se necessário aferir, sob uma perspetiva do **princípio da economia**, se as expectativas iniciais de poupança do Estado Português relativamente a esta PPP, ajustadas à realidade do hospital<sup>52</sup>, que hoje se conhece, se materializaram efetivamente.

Neste contexto, importa, antes de mais, apresentar os principais pressupostos considerados para efeitos do propósito acima descrito.

115. A presente análise foi efetuada utilizando o "CPC\_NHB\_vfinal" ("CPC Inicial"), com data de dezembro de 2004, preparado pelo Banco BPI, S.A. Note-se que o

agina 105 de 332

<sup>52</sup> Designadamente em termos dos principais *drivers* de atividade e produção do hospital, que, à data do lançamento do procedimento constituíam variáveis desconhecidas e relativamente às quais o CPC considerava meras expectativas, e cujo risco foi transferido, pelo menos em parte, para o parceiro privado.

desenvolvimento do CPC Inicial envolveu a elaboração de dois modelos de projeções distintos, sendo que um respeitava ao Período de Transição, o qual se estimava que ocorresse entre o ano de 2007 e o ano de 2009, enquanto o outro respeitava ao período de construção e operação. À data de elaboração do CPC Inicial previa-se que o período de construção do novo hospital ocorresse entre os anos de 2006 e 2009, iniciando-se o período de operação no ano de 2010.

No entanto, e tal como mencionado anteriormente, o período de execução do Contrato de Gestão do Hospital de Braga foi apenas iniciado em 2009, tendo a transição do Estabelecimento Hospitalar para o novo edifício hospitalar ocorrido a 16 de maio de 2011. Desta forma, verificou-se a necessidade da realização de adaptações ao CPC Inicial relacionadas com a atualização das datas inicialmente consideradas, assim como outras atualizações que se consideraram relevantes, de forma a garantir a sua representatividade ("CPC Atualizado").

116. A metodologia utilizada teve por base a atualização do CPC Inicial para o período compreendido entre 2011 – ano em que teve início a operação clínica no novo edifício hospitalar – e 2015 – último ano com informação real disponível –, através da incorporação das seguintes adaptações:

- Atualização dos pressupostos macroeconómicos, nomeadamente no que concerne à evolução do IPC e à evolução dos ordenados e salários da função pública;
- Alteração da taxa de Imposto sobre o Valor Acrescentado ("IVA") incluída no Custo das Existências Vendidas e Consumidas ("CEVC") e nos custos com Fornecimentos e Serviços Externos ("FSE") <sup>53</sup>;
- Incorporação dos valores reais de produção verificados no Hospital de Braga, nomeadamente no que concerne ao número de episódios de internamento, de cirurgias, de consultas externas, de urgências e de sessões de hospital de dia médico;

<sup>53</sup> Note-se que no CPC Inicial foi incluído IVA nos custos operacionais com CEVC e FSE, considerando-se que a EGEST não o pode liquidar.

- Atualização de outros indicadores operacionais do hospital, tais como a taxa de ocupação, a capacidade instalada do hospital, a demora média e o ICM referente ao internamento;
- Alteração da área bruta total do novo edifício hospitalar para 140.000 m², uma vez que o CPC Inicial previa uma área de apenas 95.322 m²;
- Atualização do número de alunos efetivamente inscritos no ensino prégraduado médico lecionado no Hospital de Braga; e
- Alteração da data de início do Período de Transição para setembro de 2009, considerando-se o início da operação clínica no novo edifício hospitalar em maio de 2011.

Importa, contudo, referir que a análise comparativa dos referidos valores será apenas apresentada para o período de operação clínica no novo edifício hospitalar, devido ao facto de o modelo de projeções referente ao Período de Transição, disponibilizado à Equipa de Projeto durante a preparação do presente Relatório, não dispor de quaisquer pressupostos e/ou projeções para além do ano de 2009 (ano inicialmente previsto para o termo do Período de Transição), inviabilizando, assim, a comparação entre os valores apresentados no CPC Inicial e os valores obtidos através do CPC Atualizado para o referido período (relativo à operação ainda no antigo Hospital de São Marcos).

Relativamente à estrutura de custos implícita no CPC Atualizado, importa referir que esta se manteve inalterada em face daquela que foi considerada no CPC Inicial e que esteve na base do cálculo da poupança estimada na altura da adjudicação da proposta, não tendo sido realizados quaisquer ajustamentos a este respeito, para além da atualização da taxa de IVA, tal como referido anteriormente.

Em face do exposto, apresentam-se, de seguida, os principais resultados obtidos após o desenvolvimento das referidas adaptações ao CPC Inicial, comparando, sempre que possível, os valores obtidos (no CPC Atualizado) com aqueles inicialmente previstos (no CPC Inicial).

Adicionalmente, apresenta-se, no *Anexo 13* deste Relatório, a comparação entre os principais pressupostos assumidos no CPC Inicial e o valor real dessas variáveis.

Página 107 de 332

117. Após a incorporação dos valores reais de atividade efetivamente verificados no novo edifício hospitalar, ao longo do período compreendido entre maio de 2011 e dezembro de 2015 – relativo ao período de operação no novo hospital – , verifica-se que, relativamente à área de internamento, os valores de episódios de internamento estimados e considerados no CPC Inicial são superiores aos valores reais, tal como se pode constatar através do Gráfico 23 *infra*.

Salienta-se ainda o facto de a diferença verificada ao nível do número de episódios de internamento entre os valores estimados e os reais diminuir ao longo do período em análise, sendo o diferencial existente entre o CPC Inicial e o CPC Atualizado de 17,4% em 2011, e de 10,9% em 2015 (correspondendo a uma diferença média, no total dos anos em análise, de aproximadamente 14,2%).

Valores em milhares 40,0 35,0 32,4 32,4 32,5 32,5 29,0 28.4 27,6 27,5 30,0 25,0 20,3 20,0 16,8 15,0 10,0 5,0 2011 2012 2013 2014 2015 ■ CPC inicial ■ CPC atualizado

Gráfico 23 - N.º de episódios de internamento no CPC Inicial e no CPC Atualizado

Fonte: CPC Inicial e CPC Atualizado.

Nota: Os valores apresentados incluem o número de episódios de cirurgias programadas e urgentes.

A estrutura de custos considerada no CPC Inicial, depende, essencialmente, do número total de episódios de internamento, bem como de outros indicadores operacionais, nomeadamente da demora média, da taxa de ocupação e do nível de complexidade dos atos praticados ao nível do internamento, medido pelo ICM do internamento.

Após a atualização dos valores reais de produção, torna-se possível concluir que, ao nível da demora média combinada global do hospital (considerando o número total de

episódios de internamento, o qual inclui o internamento de recém-nascidos e de cuidados continuados, assim como as cirurgias programadas e urgentes), os valores inicialmente considerados no CPC são inferiores aos valores efetivamente verificados no Hospital de Braga, tal como evidenciado no Gráfico 24 infra.

Tal como mencionado anteriormente neste Relatório, o ICM reflete a relatividade de um hospital face a outros, em termos da complexidade da sua casuística e também face a um padrão nacional = 1. De acordo com a informação histórica do Hospital de Braga, o ICM do internamento, verificado ao longo do período em análise, foi superior ao inicialmente estimado no CPC Inicial, com exceção do primeiro ano em análise, conforme se pode constatar através do gráfico infra.

Note-se que, no caso do CPC Inicial, este indicador é utilizado na determinação dos custos clínicos referentes ao internamento, ajustados pela respetiva complexidade.

Valores referentes ao número de dias 1,3 1,3 14,0 1,4 1,2 1,1 12,0 1,2 1,1 10,0 1,0 1,1 1,1 1,1 1,1 1,0 8,0 0,8 6,0 0,6 4,0 0.4 6.3 6,3 6,3 6.3 2,0 0,2 2011 2012 2013 2014 2015 Demora Média - CPC inicial Demora Média - CPC atualizado -ICM - CPC inicial ICM - CPC atualizado

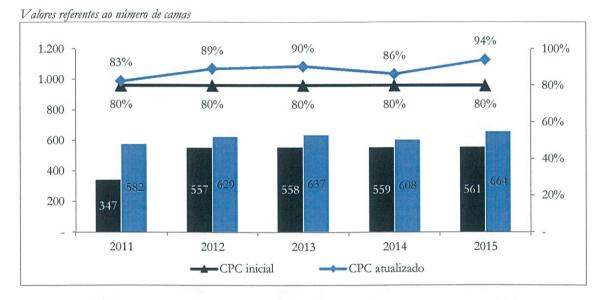
Gráfico 24 - Demora média combinada global e ICM do internamento no CPC Inicial e no CPC Atualizado

Fonte: CPC Inicial e CPC Atualizado.

De acordo com os dados reais disponibilizados pela ARSN à Equipa de Projeto durante a preparação do presente Relatório, a taxa de ocupação global do Hospital de Braga, registada ao longo do período em análise, correspondeu, em média, a 88,5%, ascendendo a 94,2% em 2015. Tal como se pode verificar através do Gráfico 25 infra, estes valores são superiores aos inicialmente estimados aquando da elaboração do CPC Inicial.

A taxa de ocupação encontra-se diretamente relacionada com a lotação do hospital, isto é, com o número de camas efetivamente utilizadas que, tendo em conta a estrutura de custos considerada no CPC Inicial, trata-se de uma métrica relevante para o cálculo dos custos com pessoal, tendo por base os custos unitários inicialmente estimados. Assim, considerando-se uma capacidade instalada de 705 camas no novo edifício hospitalar, torna-se possível verificar que a lotação do hospital foi, ao longo do período em análise, maior que a inicialmente estimada, correspondendo a 626 camas em 2015.

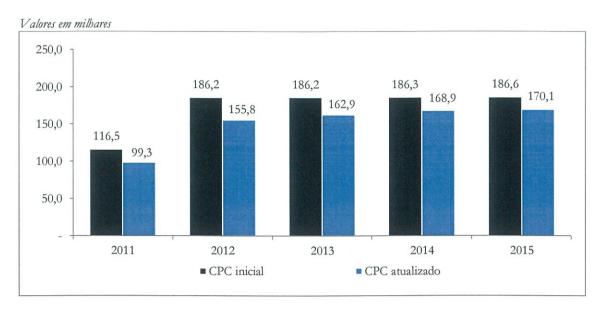
Gráfico 25 – Taxa de ocupação e lotação do hospital no CPC Inicial e no CPC Atualizado



Fonte: CPC Inicial e CPC Atualizado.

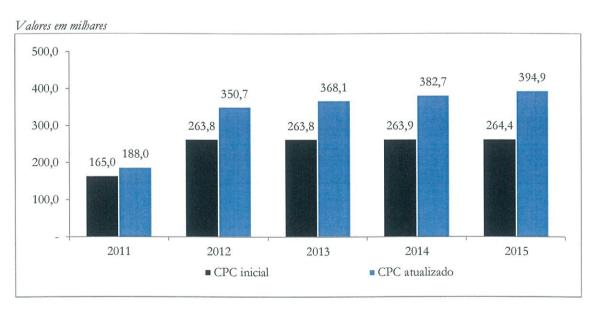
Relativamente ao número de urgências, verifica-se que a situação é idêntica ao verificado ao nível do internamento, sendo os valores reais inferiores aos estimados no CPC Inicial, ao longo de todo o período em análise, correspondendo a uma diferença anual média de aproximadamente 12,3%.

Gráfico 26 - N.º de urgências no CPC Inicial e no CPC Atualizado



Quando analisados os valores reais do serviço de consultas externas do Hospital de Braga, verifica-se que, ao contrário do internamento e das urgências, os valores estimados no CPC Inicial são inferiores aos efetivamente verificados ao longo de todo o período em análise, correspondendo a uma diferença anual média de cerca de 36,2% entre 2011 e 2015.

Gráfico 27 - N.º de consultas externas no CPC Inicial e no CPC Atualizado



Fonte: CPC Inicial e CPC Atualizado.

Págipa 111 de 332

Relativamente ao serviço de hospital de dia, importa referir que, aquando da elaboração do CPC Inicial, foi assumida a inclusão de 75% das cirurgias de ambulatório dentro desta área. Assim, de forma a assegurar a comparabilidade dos valores considerados no CPC Atualizado, foi assumido o mesmo pressuposto, verificando-se que os valores inicialmente estimados aquando da elaboração do CPC Inicial são semelhantes aos registados ao longo do período em análise, com exceção dos dois primeiros anos, em que os valores reais foram, em média, cerca de 36,5% inferiores aos considerados no CPC Inicial (cfr. Gráfico 28 infra).

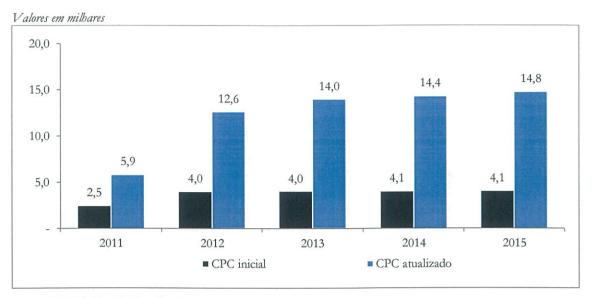
Valores em milhares 60,0 53,5 53,3 53,6 53,1 53,1 53,2 51.1 50,0 43,0 40,0 33,2 30,0 20,0 15,2 10,0 2011 2014 2015 2012 2013 CPC atualizado ■ CPC inicial

Gráfico 28 - N.º de sessões de hospital de dia no CPC Inicial e no CPC Atualizado

Fonte: CPC Inicial e CPC Atualizado.

A evolução real do número de cirurgias, face ao valor inicialmente considerado, foi a apresentada no gráfico *infra*. Tal como se pode verificar, o número de cirurgias efetivamente registado ao longo do período foi significativamente superior ao considerado no CPC Inicial, contribuindo, assim, para o incremento dos custos operacionais refentes ao serviço de hospital de dia médico, quando comparados com os valores inicialmente estimados aquando da elaboração do CPC Inicial.

Gráfico 29 - N.º de cirurgias de ambulatório no CPC Inicial e no CPC Atualizado



No que concerne à atividade de ensino pré-graduado médico do Hospital de Braga, registou-se, ao longo do período em análise, um aumento significativo do número de alunos efetivamente inscritos face ao inicialmente projetado aquando da elaboração do CPC inicial. Tal como se pode verificar através do gráfico *infra*, o número de alunos inicialmente previsto correspondia a 150, estando estes igualmente divididos entre os 3.°, 4.° e 5.° anos letivos. No entanto, de acordo com a informação histórica disponibilizada pela ARSN , o número de alunos foi substancialmente superior, correspondendo, em média, a um acréscimo de cerca de 373 alunos por ano, tendo ascendido a 1.107 em 2015.

Página 113 de 332 R

Número de alunos 1.200 1.107 936 1.000 879 768 800 600 422 400 150 150 150 150 150 200 2015 2011 2012 2014 2013 ■ CPC inicial ■ CPC atualizado

Gráfico 30 - Número de alunos no CPC Inicial e no CPC Atualizado

Relativamente aos pressupostos macroeconómicos, o CPC Atualizado incorpora os valores reais da inflação referente ao período compreendido entre 1998 e 2015, determinados através dos valores históricos publicados pelo INE e tendo em consideração a variação anual homóloga, relativa a janeiro, do IPC do Continente, sem habitação.

Adicionalmente, procedeu-se à atualização do crescimento nominal dos ordenados e salários da função pública verificado ao longo do período compreendido entre 2003 e 2015, considerando os valores publicados pelo INE.

Nos quadros *infra*, apresentam-se pressupostos incluídos no CPC Atualizado face aos valores inicialmente considerados no CPC Inicial.

Quadro 8 - Pressupostos de inflação

Pressupostos de inflação	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
CPC Inicial	2,80%	2,30%	2,90%	4,40%	3,60%	3,30%	2,40%	2,00%	2,00%
CPC Atualizado	2,01%	2,67%	2,05%	4,47%	3,54%	3,90%	2,20%	1,98%	2,68%

Pressupostos de inflação (cont.)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
CPC Inicial	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%
CPC Atualizado	2,54%	2,83%	0,13%	0,05%	3,68%	3,57%	0,11%	-0,03%	-0,51%

Fonte: CPC Inicial e CPC Atualizado.

Quadro 9 - Pressupostos de crescimento nominal dos salários da função pública

Crescimento salarial da função pública	2004	2005	2006	2007	2008	2009
CPC Inicial	4,96%	4,55%	4,55%	4,55%	4,55%	4,55%
CPC Atualizado	1,74%	3,66%	-1,53%	1,03%	1,59%	3,18%

Crescimento salarial da função pública (continuação)	2010	2011	2012	2013	2014	2015
CPC Inicial	4,55%	4,55%	4,55%	4,55%	4,55%	4,55%
CPC Atualizado	0,89%	-8,07%	-12,76%	6,63%	-3,54%	0,11%

Ao longo do período compreendido entre 2010 e 2015, foram ainda incorporadas, no CPC Atualizado, as taxas de IVA legalmente em vigor em cada um dos anos, tal como evidenciado no quadro *infra*, onde são apresentados os valores atualizados face aos inicialmente considerados no CPC. Tal como mencionado anteriormente, esta alteração foi efetuada apenas ao nível dos custos operacionais relacionados com CEVC e com FSE, uma vez que os custos unitários considerados no CPC Inicial incluem IVA à taxa legalmente em vigor aquando da respetiva elaboração.

Quadro 10 - Pressupostos de IVA

Pressupostos de IVA	2010	2011	2012	2013	2014	2015
CPC Inicial	19,0%	19,0%	19,0%	19,0%	19,0%	19,0%
CPC Atualizado	20,5%	23,0%	23,0%	23,0%	23,0%	23,0%

Fonte: CPC Inicial e CPC Atualizado.

Nota: Taxa de IVA de 20,5% relativa ao CPC Atualizado no ano de 2010 corresponde à média verificada entre a taxa legal em vigor no primeiro semestre, de 20,0%, e a taxa legal em vigor no segundo semestre do ano, de 21,0%.

## Análise comparativa dos resultados do CPC Inicial e do CPC Atualizado

118. De forma a poder-se concluir acerca do valor previsto para a poupança do Estado Português, estimado aquando da elaboração do CPC Inicial, face aos valores efetivamente pagos pela EPC, a Equipa de Projeto procedeu à atualização, nos termos referidos *supra*, dos modelos financeiros subjacentes ao CPC Inicial, tornando-se estes

Página 115 de 332

瓦

comparáveis com a realidade histórica verificada no hospital em termos de atividade (CPC Atualizado).

Tal como mencionado anteriormente, o CPC Atualizado mantém a estrutura de custos operacionais prevista no CPC Inicial, quer ao nível dos custos unitários considerados, quer ao nível das métricas utilizadas para cálculo dos respetivos valores totais. Desta forma, o valor de encargos estimado para o Estado Português, caso este optasse por um modelo de gestão pública para a operação clínica do novo hospital de Braga, não é desvirtuado quando aplicada a sua melhor estimativa de custos aos valores de produção efetivamente verificados ao longo do período em análise.

Uma vez assegurada a comparabilidade entre os modelos financeiros subjacentes, quer ao CPC Inicial, quer ao CPC Atualizado, apresentam-se os principais resultados obtidos, comparando, sempre que possível, os valores obtidos com aqueles inicialmente previstos.

Neste contexto, importa ainda referir que os valores referentes ao CPC Inicial foram ajustados, contemplando não só a atualização das datas de execução do Contrato de Gestão do Hospital de Braga e do início do Período de Transição, mas também os valores históricos verificados ao nível da evolução do IPC e dos ordenados e salários da função pública, isolando-se, assim, o efeito do crescimento dos preços do efeito subjacente à atualização dos valores de produção efetivamente verificados no hospital.

Dada a inexistência de dados relativos ao Período de Transição, serão apenas apresentados os valores referentes ao período de operação clínica no novo edifício hospitalar, tal como mencionado anteriormente.

No gráfico *infra*, apresenta-se, para o período compreendido entre 16 de maio de 2011 e 31 de dezembro de 2015, a evolução dos custos operacionais resultantes, quer do CPC Inicial atualizado com os pressupostos macroeconómicos mencionados anteriormente, quer do CPC Atualizado nos termos referidos *supra*.

Valores em milhares de euros 250,0 43,0% 39,2% 32,7% 31,3% 21,1% 184,5 200.0 169,2 168,3 148,4 150,0 129,0 128,2 127,5 122.6 110,2 100,0 79,1 50,0 2011 2012 2014 2015 2013 Diferença (%) CPC Inicial vs CPC Atualizado CPC Inicial CPC atualizado

Gráfico 31 - Evolução dos custos operacionais no CPC Inicial e no CPC Atualizado

Nota: Os valores apresentados incluem IVA sobre as rubricas de CEVC e FSE, tal como assumido no CPC Inicial.

Através do gráfico anterior, torna-se possível concluir que, mantendo-se a estrutura de custos inicialmente prevista, caso o Estado Português optasse pelo modelo de gestão pública relativamente à operação clínica do novo hospital, o valor dos custos operacionais verificado ao longo de todo o período em análise, tendo em consideração a produção efetivamente registada no Hospital de Braga, seria superior ao inicialmente estimado aquando da elaboração do CPC Inicial, correspondendo a uma diferença anual média de cerca de 33,5%. Este resultado deve-se, sobretudo, aos seguintes fatores:

- Aumento dos custos operacionais verificado ao nível do internamento, explicado, essencialmente, pelo facto de os valores reais do ICM do internamento terem sido superiores aos inicialmente projetados, demonstrando, assim, um nível de complexidade real superior ao previsto e, naturalmente, uma estrutura de custos mais elevada;
- Incremento dos custos operacionais referentes aos serviços de consultas externas e de hospital de dia médico, uma vez que os valores reais de produção foram, ao longo de todo o período em análise, superiores aos inicialmente projetados no CPC Inicial;
- Acréscimo substancial dos custos operacionais relacionados com o ensino pré-graduado médico, verificado não só ao nível dos CEVC, mas principalmente ao nível dos custos com pessoal, os quais representam mais

Página 117 de 332

- de 90% dos respetivos custos. Esta evolução é justificada pelo aumento do número de alunos efetivamente inscritos face ao valor inicialmente estimado aquando da elaboração do CPC Inicial, tal como referido anteriormente; e
- Aumento generalizado dos custos com pessoal nas várias tipologias de serviço, resultado, sobretudo, do facto de os valores reais da taxa de ocupação global do Hospital de Braga terem sido, ao longo do período em análise, superiores aos valores inicialmente considerados no CPC.

No gráfico seguinte, apresenta-se a estrutura de custos operacionais, referente ao CPC Atualizado, por tipologia de serviço, através da qual se torna possível concluir que, ao longo de todo o período em análise, o internamento representa o serviço com maior peso no total dos custos operacionais, seguindo-se as consultas externas e o serviço de urgências.

Valores em milhares de euros 200,0 184,5 169,2 168,3 12% 148,4 12% 13% 150,0 16% 11% 16% 17% 110,2 17% 6% 100,0 21% 50,0 54% 51% 53% 52% 56% 2011 2012 2013 2014 2015 ■ Consulta Externa Urgências ■ Hospital de Dia ■ Não imputáveis ■ Internamento

Gráfico 32 – Evolução dos custos operacionais do CPC Atualizado por serviço

Fonte: CPC Atualizado.

Adicionalmente, o CPC Inicial considerava a existência de receitas de terceiros, as quais correspondiam a cerca de 10% do valor total dos custos operacionais projetados para o Hospital de Braga. Assim, para efeitos da atualização do referido CPC, foi ainda considerado o valor real das receitas verificado ao longo do período em análise, o qual

inclui receitas referentes a terceiros pagadores, a taxas moderadoras, ao ensino prégraduado médico e ainda receitas comerciais de terceiros.

Tal como se pode verificar através do gráfico seguinte, o nível de receitas reais foi, ao longo de todo o período em análise, inferior ao inicialmente estimado aquando da elaboração do CPC Inicial, correspondendo a uma diferença anual média de aproximadamente 50,5%. Esta diferença justifica-se, em parte, pelo facto de, a partir de 1 de janeiro de 2010, os subsistemas públicos de saúde terem passado para a responsabilidade financeira do SNS, quando na altura da elaboração do CPC Inicial faziam parte dos Terceiros Pagadores.

Valores em milhares de euros -35,8% 20,0 -48,9% -55,0% -55,9% -57,0% 15,0 13,2 13,1 13,2 12,7 10,0 6.7 5,8 5,7 5,7 5,2 5,0 3,3 2014 2015 2011 2012 2013 ■ CPC inicial Diferença (%) CPC Inicial vs CPC Atualizado CPC atualizado

Gráfico 33 - Evolução das receitas de terceiros no CPC Inicial e no CPC Atualizado

Fonte: CPC Atualizado.

Tal como referido anteriormente, o CPC Inicial considerava ainda, no ano anterior ao início da operação clínica no novo edifício hospitalar, a existência de custos de investimento relativos a equipamentos médicos, no montante de 31.731 milhares de euros, considerando a respetiva ocorrência no ano de 2010.

No CPC Atualizado, por uma questão de prudência, optou-se por cristalizar o referido valor previsto para os equipamentos, não obstante poder-se argumentar que o desfasamento temporal ocorrido poderia conduzir a um aumento dos mesmos, tanto por via do efeito da taxa de inflação, como por via do aumento da taxa de IVA.

Página 119 de 332

Análise dos resultados obtidos através da comparação entre o CPC Atualizado e os encargos efetivamente suportados pelo Estado Português com a PPP de Braga, tendo por base os termos contratuais

119. A presente análise tem como principal objetivo a comparação entre os custos da atividade clínica do Hospital de Braga, determinados através do CPC Atualizado, com o valor dos encargos que a PPP representou efetivamente para o erário público ao longo do período compreendido entre os anos de 2011 e 2015. Desta forma, torna-se possível aferir (i) em que medida a opção PPP se traduziu ou não numa poupança para o Estado Português, face ao custo que se estima que este teria caso optasse por um modelo de gestão pública da operação clínica do novo hospital, tendo por base a estrutura de custos estimada no âmbito do processo de estudo e preparação do procedimento, constante do CPC Inicial ("Análise A"), e (ii) no caso de se ter efetivamente verificado uma poupança para o erário público, em que medida é que a respetiva poupança é menor ou maior àquela que resultava da comparação entre o CPC Inicial e o valor final da proposta adjudicada ("Análise B").

120. Para efeitos da Análise A, referida *supra*, apresentam-se, no quadro seguinte, os custos da atividade clínica, por tipologia de serviço, assim como as receitas de terceiros, tendo por base o CPC Atualizado.

Quadro 11 - Custos operacionais clínicos do CPC Atualizado cobertos pelo SNS

Valores em milhares de euros

CPC Atualizado	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Custos operacionais						
Internamento	-	61.363	77.400	86.583	89.736	100.072
Consulta Externa	-	18.416	27.551	30.370	30.403	32.459
Urgências	-	22.796	24.944	27.939	27.021	28.698
Hospital de Dia	-	6.511	16.958	21.849	20.374	21.556
Não imputáveis	-	1.077	1.557	1.605	1.623	1.684
Total (A)	_	110.163	148.410	168.346	169.157	184.469
Custos de investimento						
Equipamentos médicos	31.731	-	-	_	_	-
Total (B)	31.731	-	-	-	-	
Receitas de terceiros						
Receitas de Terceiros Pagadores	_	1.423	2.576	2.656	3.397	2.233
Taxas moderadoras		204	301	264	198	198
Receitas comerciais de terceiros	-	1.493	2.649	2.734	2.865	2.975
Ensino pós- graduado	_	191	178	155	224	255
Total (C)	_	3.311	5.704	5.809	6.684	5.661
Custos cobertos pelo SNS (A+B-C)	31.731	106.853	142.706	162.537	162.473	178.808

Fonte: CPC Atualizado.

Por outro lado, apresenta-se, no quadro seguinte, o valor dos encargos do parceiro público com o Contrato de Gestão do Hospital de Braga, a partir da data de transmissão do Estabelecimento Hospitalar para o novo edifício hospitalar, ocorrida a 16 de maio de 2011, até ao ano de 2015, último ano com informação real disponível.

De forma a garantir a comparabilidade do valor dos encargos efetivamente verificados face aqueles que tinham sido estimados aquando da elaboração do CPC Inicial, os valores apresentados no quadro seguinte não incluem encargos relativos a (i) RNCCI, (ii) medicamentos de dispensa obrigatória em farmácia hospitalar e (iii) outros encargos que não estão diretamente relacionados com o Contrato de Gestão em vigor, uma vez que os respetivos custos não foram considerados no CPC Inicial.

gina 121 de 332 D

Quadro 12 – Encargos (contratuais) suportados pelo parceiro público com a PPP de Braga ao longo do período compreendido entre maio de 2011 e dezembro de 2015

Valores em milhares de euros

Encargos incorridos pelo SNS	2011	2012	2013	2014	2015
Contrato de Gestão - Duodécimo	52.255	97.597	106.500	107.561	108.205
Contrato de Gestão - Pagamento de reconciliação	(7.396)	15.894	15.411	20.510	24.592
Contrato de Gestão - Acerto de 2014	-	(697)	(627)	(983)	-
Multas e deduções	(93)	(192)	(93)		
Subtotal	44.765	112.602	121.191	127.089	132.797
Protocolos VIH e EM	-	_	3.768	4.382	7.703
Total	44.765	112.602	124.959	131.471	140.500

Fonte: Informação disponibilizada pela ARSN.

Através dos valores apresentados nos quadros supra, torna-se possível concluir que os encargos suportados pelo parceiro público, no período compreendido entre maio de 2011 e dezembro de 2015, se afiguram inferiores aos custos que o Estado Português suportaria com a atividade de gestão clínica do Hospital de Braga, caso tivesse optado pelo modelo de gestão pública da referida atividade, tendo em consideração a estrutura de custos prevista no CPC Inicial, devidamente ajustada pelos valores reais da atividade operacional nesse período, assim como de outros valores mencionados anteriormente (cfr. CPC Atualizado).

Quadro 13 - Encargos suportados pelo parceiro público com a PPP versus custos clínicos do CPC Atualizado para o período entre maio de 2011 e dezembro de 2015

Valores em milhares de euros

Encargos incorridos pelo SNS vs Custos do CPC Atualizado	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Encargos incorridos pelo SNS	44.765	112.602	124.959	131.471	140.500	554.296
Custos do CPC Atualizado	106.853	142.706	162.537	162.473	178.808	753.377
Diferença absoluta	(62.087)	(30.104)	(37.578)	(31.002)	(38.308)	(199.080)
Diferença % de encargos incorridos pelo SNS face aos custos do CPC	-58,1%	-21,1%	-23,1%	-19,1%	-21,4%	-26,4%
Peso % dos encargos incorridos pelo SNS face aos custos do CPC	41,9%	78,9%	76,9%	80,9%	78,6%	73,6%

Fonte: Informação disponibilizada pela ARSN e CPC Atualizado.

121. Por outro lado, e no que se refere à Análise B, é possível concluir que a PPP atualmente em vigor no Hospital de Braga permitiu uma poupança acumulada, no período compreendido entre maio de 2011 e dezembro de 2015, de aproximadamente 199,1 milhões de euros, face aos custos de gestão pública, estimados de acordo com o CPC Atualizado, representando este valor uma poupança total, para o período em análise, de

26,4% face aos custos totais que se estima que o Hospital de Braga tivesse num modelo de gestão pública. Conclui-se, portanto, que apesar desta poupança ser, em termos percentuais, ligeiramente inferior do que aquela que decorria da comparação entre o CPC Inicial e o valor da proposta final do concorrente vencedor (de 35,05% <sup>54</sup>), a mesma denota, ainda assim, uma poupança bastante significativa para o erário público.

122. Em face do exposto, conclui-se que as expectativas que estiveram subjacentes ao lançamento do procedimento e que justificaram, à data – pelo menos em termos quantitativos –, a opção pelo modelo de PPP, enquanto geradora de maior Value for Money para o erário público, se materializaram efetivamente ao longo do período de execução do contrato em análise, tendo a PPP em questão gerado uma poupança significativa (em termos percentuais) para o Estado, tal como, na altura, se perspetivava que viesse a ocorrer.

### **3.2.1.1.4.** Comparação entre o previsto no caso base e o real

123. A presente análise foi efetuada tendo por referência o caso base inicial "15\_HBraga\_Anexo XV\_vf" ("CB Inicial") do Hospital de Braga (cfr. Anexo XV ao Contrato de Gestão), elaborado pelo parceiro privado.

Esta análise tem como objetivo (i) comparar a remuneração que se estima que o parceiro privado teria, considerando a atualização do CB Inicial com informação real relativa à produção efetivamente verificada no Hospital de Braga, assim como a outros pressupostos de natureza operacional, macroeconómica e fiscal, face ao valor da remuneração que o parceiro privado tem efetivamente auferido (considerando as rúbricas previstas no CB Inicial), e (ii) comparar os resultados operacionais do CB Inicial com os resultados operacionais de um caso base atualizado, mantendo-se uma estrutura de custos idêntica à considerada inicialmente, de forma a aferir em que medida, por um lado, os custos atualmente incorridos pelo parceiro privado na gestão da PPP representam um custo

Página 123 de 332

. Jr.

<sup>54</sup> Note-se que este valor resulta da comparação entre o CPC e o VAL do concorrente vencedor, para a gestão clínica, durante todo o período da parceria, enquanto que os 26,4% refletem apenas a análise comparativa dos valores após o Período de Transição.

superior ou inferior aos que foram estimados no CB Inicial e, *por outro lado*, terá ocorrido uma efetiva materialização da transferência do risco (operacional/variação de custos/alteração da eficiência operacional) entre o parceiro público e o parceiro privado.

A metodologia utilizada teve por base a atualização do CB Inicial para o período compreendido entre setembro de 2009, primeiro ano de execução do Contrato de Gestão do Hospital de Braga, e 2015, último ano com informação real disponível, através da incorporação das seguintes adaptações ("CB Atualizado"):

- Inclusão dos valores reais da inflação relativamente ao período compreendido entre 2005 e 2015, de acordo com os valores históricos publicados pelo INE e tendo em consideração a variação anual homóloga, relativa a janeiro, do IPC do Continente, sem habitação;
- Alteração da taxa de IVA incluído no CEVC e nos custos com FSE considerados no CB Inicial;
- Incorporação dos valores reais de produção verificados no Hospital de Braga, nomeadamente no que concerne ao número de episódios de internamento, de cirurgias, de doentes equivalentes, de consultas externas, de urgências e de sessões de hospital de dia médico;
- Atualização de outros indicadores operacionais do hospital, nomeadamente no que concerne ao ICM, aos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica ("MCDT") e ao número de casos e atos específicos; e
- Alteração da data de início do Período de Transição para setembro de 2009, considerando-se o início da operação clínica no novo edifício hospitalar em maio de 2011.

De seguida, apresentam-se os principais resultados obtidos após o desenvolvimento das referidas adaptações ao CB Inicial, comparando, sempre que possível, os valores obtidos com aqueles que haviam sido inicialmente previstos.

Adicionalmente, apresenta-se, no Anexo 13 deste Relatório, a comparação entre os principais pressupostos assumidos no CB Inicial e o valor real dessas variáveis.

Após a incorporação dos valores reais de atividade efetivamente verificados no Hospital de Braga, ao longo do período compreendido entre setembro de 2009 e dezembro de 2015, verifica-se que, relativamente ao número de episódios de internamento (incluindo os episódios com recém-nascidos), os valores considerados no CB Inicial são superiores aos valores reais, correspondendo a uma diferença anual média de cerca de 39,5%.

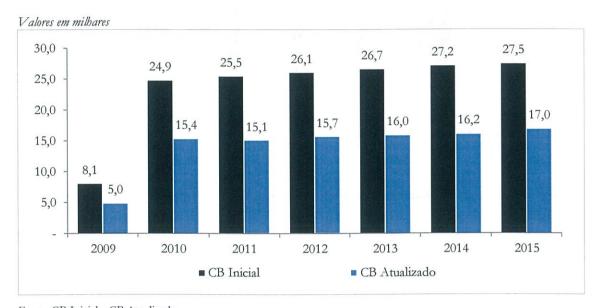


Gráfico 34 - N.º de episódios de internamento no CB Inicial e no CB Atualizado

Fonte: CB Inicial e CB Atualizado.

Nota: Os valores apresentados excluem o número de episódios de cirurgias programadas e urgentes.

Relativamente ao número de cirurgias realizadas ao longo do período em análise, verificou-se que, com exceção dos quatro meses de execução do contrato em 2009, os valores considerados no CB Inicial são inferiores aos valores efetivamente verificados, correspondendo a uma diferença anual média de cerca de 43,2% entre 2010 e 2015.

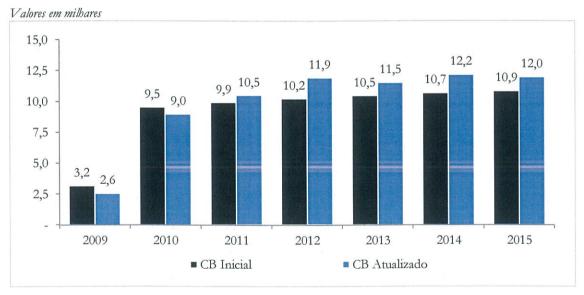
Para esta evolução contribuiu, sobretudo, o número de cirurgias de ambulatório efetivamente realizadas, o qual apresenta uma diferença significativa face aos valores considerados no CB Inicial, conforme se pode constatar através do Gráfico 35. Relativamente às cirurgias programadas e urgentes, a diferença anual média, tendo em consideração os valores inicialmente estimados pelo parceiro privado, corresponde a aproximadamente 8,5% entre 2010 e 2015 (cfr. Gráfico 36).

igina 125 de 332

Valores em milhares 20,0 14,8 14,4 14,0 15,0 12,6 10,0 8,4 5,9 5,7 5,8 5,7 5,5 5,3 4,9 5,0 1,7 0,6 2010 2014 2015 2009 2011 2012 2013 ■ CB Inicial ■ CB Atualizado

Gráfico 35 - N.º de cirurgias de ambulatório no CB Inicial e no CB Atualizado

<u>Gráfico 36 – N.º de cirurgias programadas e urgentes no CB Inicial e no CB</u> Atualizado

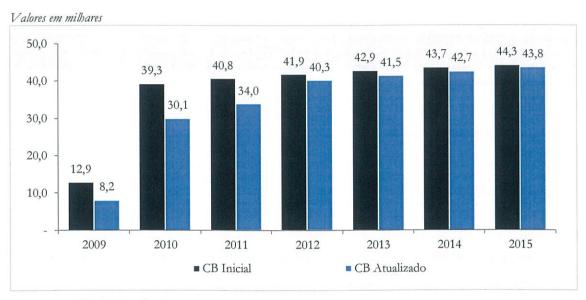


Fonte: CB Inicial e CB Atualizado.

Tendo presente o exposto, apresenta-se, no gráfico seguinte, a evolução conjunta do número de episódios de internamento e de ambulatório verificando-se que, em termos globais, os valores considerados no CB Inicial são superiores aos valores reais. Importa ainda notar que, designadamente ao nível do número de episódios de internamento e de ambulatório, a diferença entre os valores reais e os inicialmente estimados diminui ao longo

do período de análise, passando este diferencial (entre o CB Inicial e o CB Atualizado) de 36,8% em 2009 para 1,3% em 2015, correspondendo a uma diferença anual média de cerca de 12,5%.

<u>Gráfico 37 – N.º de episódios de internamento e de ambulatório no CB Inicial e no CB Atualizado</u>



Fonte: CB Inicial e CB Atualizado.

Note-se que a remuneração da EGEST, relativamente às atividades de internamento e de ambulatório, é determinada através do número de doentes equivalentes do hospital, obtido, no caso do internamento, a partir da transformação da demora média dos episódios de curta duração e dos doentes transferidos de cada GDH em episódios equivalentes aos episódios típicos ou normais do respetivo GDH, ajustados pelo ICM e pelo preço contratado para estas linhas de atividade.

Desta forma, apresenta-se de seguida a comparação entre a demora média considerada no CB Inicial e no CB Atualizado para a respetiva conversão do número de episódios de internamento e de ambulatório, evidenciando-se ainda o número de doentes equivalentes obtido. Posteriormente, será ainda apresentado o ICM considerado no CB Inicial e o ICM efetivamente verificado no Hospital de Braga, ao longo do período em análise.

Através do documento relativo à descrição dos pressupostos considerados pelo parceiro privado no CB Inicial e da informação histórica disponibilizada pela ARSN,

Página 127 de 332

torna-se possível concluir que os valores reais referentes, quer à demora média dos internamentos sem recém-nascidos, quer à demora média dos internamentos com recém-nascidos, foram superiores aos valores considerados no CB Inicial, tal como evidenciado no quadro seguinte.

Quadro 14 - Demora média do hospital no CB Inicial e no CB Atualizado

Valores em número de dias

	Hospital de São Marcos				Novo Hospital				
Demora média	2009	2010	2011	2011	2012	2013	2014	2015	
Demora média do internamento sem recém-nascido	s								
Caso Base Initial	7,59	7,59	7,59	6,50	6,50	6,50	6,50	6,50	
Caso Base Atualizado	7,47	6,96	7,72	7,49	7,66	7,77	7,94	7,74	
Demora média do internamento de recém-nascidos									
Caso Base Initial	2,50	2,50	2,50	2,50	2,50	2,50	2,50	2,50	
Caso Base Atualizado	3,93	4,14	3,62	4,24	4,32	4,37	4,10	4,28	

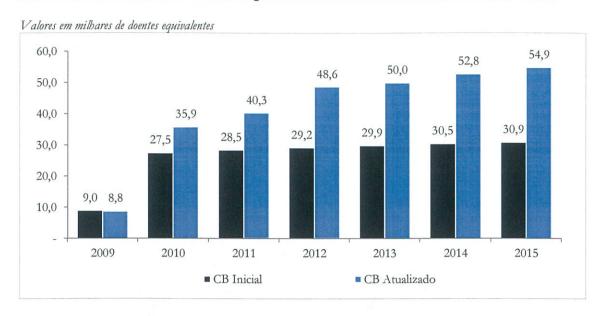
Fonte: CB Inicial e CB Atualizado.

No que concerne ao número de doentes equivalentes<sup>55</sup>, verificou-se que os valores reais foram substancialmente superiores aos estimados no CB Inicial, ao longo de todo o período em análise, correspondendo a uma diferença média de 50,6% entre 2009 e 2015 (cfr. Gráfico 38).

Esta evolução é essencialmente explicada, por um lado, pelo facto do valor real do número de cirurgias efetivamente realizadas no Hospital de Braga ter sido superior ao valor inicialmente estimado pelo parceiro privado e, por outro lado, pelo facto da demora média efetivamente verificada no hospital, ao longo de todo o período em análise, ter sido superior ao valor considerado no CB Inicial, quer ao nível do internamento com recémnascidos, quer ao nível do internamento sem recémnascidos.

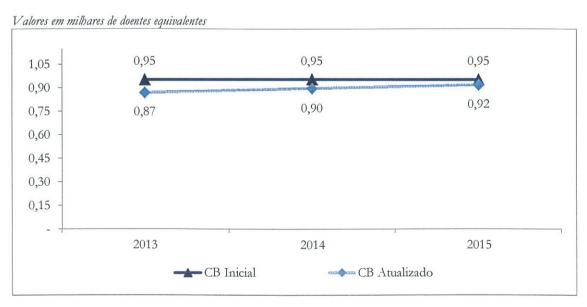
<sup>55</sup> Número de doentes equivalentes relativos ao internamento e ao ambulatório, excluindo as sessões de radioterapia, uma vez que as mesmas foram inicialmente consideradas no Caso Base como sessões de hospital de dia médico.

Gráfico 38 - Número de doentes equivalentes no CB Inicial e no CB Atualizado



Relativamente ao ICM que, tal como mencionado anteriormente neste Relatório, reflete a relatividade do hospital face a outros, em termos de complexidade da sua casuística e em face ade um padrão nacional = 1, verificou-se que os valores reais deste índice (excluindo a atividade de radioterapia em ambulatório), registados entre 2013 e 2015, foram ligeiramente inferiores aos valores considerados no CB Inicial (cfr. Gráfico infra).

Gráfico 39 - ICM ajustado (sem radioterapia) no CB Inicial e no CB Atualizado



Fonte: CB Inicial e CB Atualizado.

Página 129 de 332

No caso do número de consultas, torna-se possível verificar que o número real de consultas efetivamente realizadas no hospital, ao longo do período em análise, foi superior ao valor inicialmente considerado no CB Inicial, correspondendo a uma diferença média anual de 37,4% entre 2010 e 2015.

Valores em milhares de consultas 450,0 394,9 382,7 400,0 368,1 350,7 350,0 289,6 263,5 300,0 254,1 252,9 253,1 246,7 240,7 250,0 200,0 150,0 79,9 73,8 100,0 50,0 2009 2014 2015 2010 2011 2012 2013 ■ CB Inicial ■ CB Atualizado

Gráfico 40 - Número de consultas no CB Inicial e no CB Atualizado

Fonte: CB Inicial e CB Atualizado.

Por outro lado, os valores reais verificados durante o período em análise, relativamente aos episódios de urgência, são inferiores aos valores inicialmente estimados no CB Inicial, tal como se pode verificar através do Gráfico 41. Em média, verificou-se uma diferença anual de cerca de 13,9% ao longo do período em análise.

# Gráfico 41 - Número de urgências no CB Inicial e no CB Atualizado

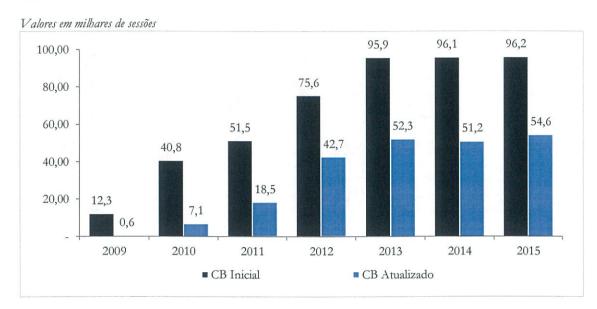


Fonte: CB Inicial e CB Atualizado.

Relativamente ao número de sessões de hospital de dia, torna-se possível concluir, através da incorporação dos valores efetivamente verificados ao longo do período compreendido entre setembro de 2009 e 2015, que os valores considerados no CB Inicial são significativamente superiores aos valores reais, correspondendo a uma diferença anual média de cerca de 60,1%.

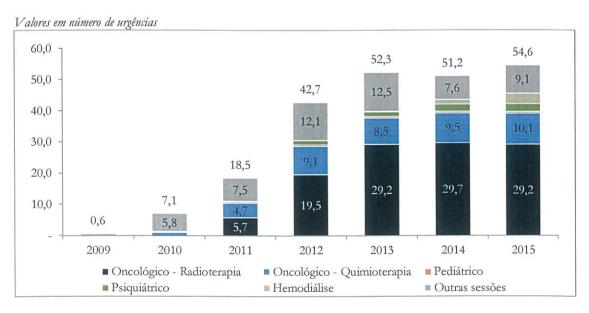
gina 131 de 332 Th

<u>Gráfico 42 – Número de sessões de hospital de dia no CB Inicial e no CB Atualizado</u>



Apresenta-se ainda, no Gráfico 43, a evolução do número de sessões de hospital de dia efetivamente verificado ao longo do período compreendido entre setembro de 2009 e 2015, detalhado por tipologia de sessão, através do qual se torna possível concluir que a radioterapia é a tipologia com maior representatividade.

Gráfico 43 - Número de sessões de hospital de dia no CB Atualizado por tipologia



Fonte: CB Inicial e CB Atualizado.

No que concerne aos casos e atos específicos, verificou-se, através da incorporação dos valores históricos registados ao longo do período em análise, que os valores considerados no CB Inicial são superiores aos efetivamente verificados, com exceção do último ano considerado na análise, conforme apresentado no gráfico *infra*.

Valores em número de dias de ventilação prolongada de doentes ■ CB Inicial ■ CB Atualizado

Gráfico 44 - N.º de casos e atos específicos no CB Inicial e no CB Atualizado

Fonte: CB Inicial e CB Atualizado.

Relativamente aos pressupostos macroeconómicos, o CB Atualizado incorpora os valores reais da inflação referente ao período compreendido entre 2005 e 2015, de acordo com os valores históricos publicados pelo INE e tendo em consideração a variação anual homóloga, relativa a janeiro, do IPC do Continente, sem habitação.

Nos quadro *infra*, apresentam-se os pressupostos incluídos no CB Atualizado por comparação com os valores inicialmente considerados no CB Inicial.

Página 133 de 332

Quadro 15 - Pressupostos de inflação

Pressupostos de inflação	2005	2006	2007	2008	2009	2010
CB Inicial	2,30%	3,10%	2,50%	2,60%	2,00%	2,00%
CB Atualizado	1,98%	2,68%	2,54%	2,83%	0,13%	0,05%

Pressupostos de inflação (cont.)	2011	2012	2013	2014	2015	
CB Inicial	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%	
CB Atualizado	3,68%	3,57%	0,11%	-0,03%	-0,51%	

Ao longo do período compreendido entre 2008 e 2015, foram ainda incorporadas no CB Atualizado as taxas de IVA legalmente em vigor em cada um dos anos, tal como evidenciado no quadro *infra*, onde são apresentados os valores atualizados em face dos inicialmente considerados no caso base. Tal como mencionado anteriormente, esta alteração foi efetuada apenas ao nível dos custos operacionais relacionados com CEVC e outras rubricas de custos com FSE, uma vez que os respetivos custos unitários considerados no CB Inicial incluem IVA à taxa legalmente em vigor no ano de 2008.

Quadro 16 - Pressupostos de IVA

Pressupostos de IVA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
CB Inicial	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%
CB Atualizado	20,0%	20,0%	20,5%	23,0%	23,0%	23,0%	23,0%	23,0%

Fonte: CB Inicial e CB Atualizado.

Nota: Taxa de IVA de 20,5% relativa ao CB Atualizado no ano de 2010 corresponde à média verificada entre a taxa legal em vigor no primeiro semestre, de 20,0%, e a taxa legal em vigor no segundo semestre do ano, de 21,0%.

#### Análise comparativa dos resultados do CB Inicial e do CB Atualizado

124. De forma a tornar possível a análise das diferenças existentes entre o CB Inicial e o CB Atualizado, a Equipa de Projeto procedeu à atualização, nos termos referidos *supra*, do modelo financeiro subjacente ao CB Inicial, tornando-se este comparável com a realidade histórica verificada no hospital em termos de atividade (CB Atualizado).

Tal como mencionado anteriormente, o CB Atualizado mantém a estrutura de custos operacionais prevista no CB Inicial, quer ao nível dos custos unitários considerados, quer ao nível das métricas utilizadas para cálculo dos respetivos valores totais, de forma a não desvirtuar os resultados obtidos com aquelas que eram as expetativas do parceiro privado à data de elaboração da proposta.

Importa ainda referir que os valores referentes ao CB Inicial foram ajustados, contemplando não só a atualização das datas de execução do Contrato de Gestão do Hospital de Braga e do início do Período de Transição, mas também os valores históricos verificados ao nível da evolução do IPC, isolando-se, assim, o efeito do crescimento dos preços, do efeito subjacente à atualização dos valores de produção efetivamente verificados no hospital.

Uma vez assegurada a comparabilidade entre os modelos financeiros subjacentes ao CB Inicial e ao CB Atualizado, apresentam-se, de seguida, os principais resultados obtidos, comparando, sempre que possível, os valores obtidos com aqueles inicialmente previstos.

No gráfico *infra*, apresenta-se, para o período compreendido entre 16 de maio de 2011 e 31 de dezembro de 2015, a evolução das receitas operacionais resultantes, quer do CB Inicial atualizado com os pressupostos de inflação mencionados anteriormente, quer do CB Atualizado nos termos referidos *supra*.

Gráfico 45 - Receitas operacionais do Hospital de Braga no CB Inicial e no CB Atualizado



Fonte: CB Inicial e CB Atualizado.

Página 135, de 332 72

Os valores apresentados no gráfico *supra* incluem a parcela da remuneração a cargo do SNS, assim como as receitas de terceiros pagadores, as receitas comerciais de terceiros e as taxas moderadores. Os valores relativos ao CB Atualizado incluem ainda receitas de estrangeiros e receitas relacionadas com a atividade de ensino pré-graduado do hospital.

Assim, de forma a garantir a comparabilidade da remuneração efetivamente auferida pelo parceiro privado face àquela que tinha sido estimada no CB Inicial aquando da elaboração da proposta, os valores apresentados no gráfico *supra* não incluem receitas relativas a (i) protocolo VIH/SIDA e esclerose múltipla, (ii) RNCCI, (iii) medicamentos de dispensa obrigatória em farmácia hospitalar e (iv) outras receitas não diretamente relacionadas com o Contrato de Gestão em vigor.

É importante referir, ainda, que a remuneração no CB Atualizado foi calculada tendo em conta os limites de produção impostos pelo Contrato de Gestão, tal como descrito no n.º 77 do presente Relatório.

Através do referido gráfico, torna-se possível concluir que, de um modo geral, o nível de receitas operacionais verificado ao longo do período em análise, tendo em consideração a produção efetivamente registada no Hospital de Braga, foi superior ao inicialmente estimado no CB Inicial, correspondendo, em termos médios, a uma diferença anual, a partir de 2012, de cerca de 22,9% face aos valores inicialmente previstos pelo parceiro privado.

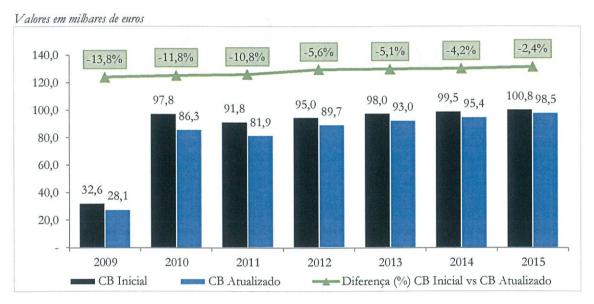
Em termos acumulados, para o período em análise, a diferença entre o CB Atualizado e o CB Inicial deve-se sobretudo à área de internamento e ambulatório, como resultado do maior número de doentes equivalentes face ao considerado no CB Inicial.

No gráfico seguinte, apresentam-se os custos operacionais que resultam da atualização do nível de atividade efetivamente verificada no Hospital de Braga, tendo em consideração a estrutura de custos inicialmente projetada pelo parceiro privado aquando da elaboração da proposta.

Através do gráfico *infra*, torna-se possível verificar que, ao contrário do que seria expetável, a evolução dos custos operacionais não acompanha a evolução das receitas, apresentando valores ligeiramente inferiores aos considerados no CB Inicial. Este comportamento é essencialmente explicado pelo facto dos custos operacionais relacionados com o serviço de internamento serem determinados com base no número de episódios, ao contrário da respetiva parcela de remuneração que é apurada através do número de doentes equivalentes. Assim, e uma vez que os valores reais relativos ao número

de episódios de internamento foram inferiores aos considerados no CB Inicial, enquanto os valores reais refentes ao número de doentes equivalentes foram substancialmente superiores aos inicialmente estimados pelo parceiro privado aquando da elaboração da respetiva proposta<sup>56</sup>, a evolução dos custos operacionais é distinta da evolução das receitas.

Gráfico 46 - Custos operacionais do Hospital de Braga no CB Inicial e no CB **Atualizado** 



Fonte: CB Inicial e CB Atualizado.

125. No gráfico seguinte, apresentam-se os valores de EBITDA, e respetiva margem, para o CB Inicial e o CB Atualizado.

<sup>56</sup> O que se poderá explicar pelo facto de o parceiro privado ter previsto na altura uma conversão, de número de episódios em doentes equivalentes, diferente daquela que veio efetivamente a verificar-se.

Valores em milhares de euros 28,8% 28,9% 26,8% 24,4% 80,0 16,4% 15.3% 7.9% 70,0 10,7% 11,4% 60,0 7,2% 6,9% 6,6% 5,8% 3.8% 50,0 40,1 38.5 40,0 34,1 28,9 30,0 16,9 11,9 14,7 20,0 11,7 7,6 7,1 7,0 6,2 10,0 2,8 1,1 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 -CB Inicial CB Inicial CB Atualizado CB Atualizado

Gráfico 47 - EBITDA e margem EBITDA no CB Inicial e no CB Atualizado

Através do gráfico supra, é possível concluir que o aumento verificado ao nível das receitas operacionais, conjugado com uma ligeira diminuição dos custos operacionais, face aos valores considerados no CB Inicial, resultam num acréscimo substancial da margem EBITDA, em comparação com os valores inicialmente estimados pelo parceiro privado aquando da elaboração da respetiva proposta, com exceção do primeiro ano em análise, resultando num nível de eficiência da EGEST superior àquele que esta havia inicialmente estimado. A este respeito, importa desde já referir, contudo, que esta não foi a realidade verificada, uma vez que, tal como se demonstra no ponto 3.2.1.1.10 do presente Relatório, a EGEST tem evidenciado uma performance operacional bastante mais modesta do que a que resultaria de aplicar os valores reais da sua atividade à estrutura de custos prevista no seu CB Inicial (mesmo considerando os valores de receita relativos ao Protocolo de VIH/SIDA e ao Protocolo EM que não se encontram refletidos no CB Atualizado), concluindo-se, portanto, que o parceiro privado subestimou a sua estrutura de custos aquando da elaboração das suas projeções iniciais. Note-se, contudo, que, encontrando-se o risco operacional na esfera do parceiro privado, a variação da eficiência operacional não se traduz em risco orçamental para o parceiro público<sup>57</sup>, uma vez que os

<sup>57</sup> Ao contrário do que acontece no caso dos hospitais EPE, em que os desvios registados ao nível da eficiência operacional dos EPE se repercutem de forma direta e proporcional nas contas do Estado, seja sob a forma das referidas "transferências adicionais", seja através dos aumentos de capital estatutário.

pagamentos do parceiro público ao parceiro privado em nada são influenciados pela variação na estrutura de custos deste último.

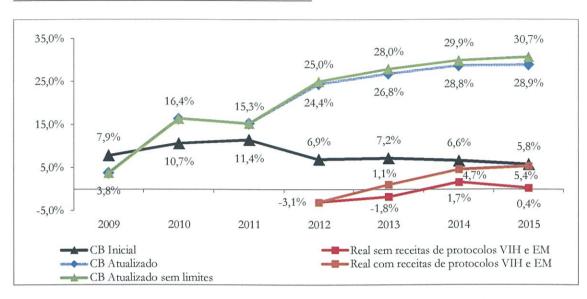
#### Conclusões da análise do caso base

126. Relativamente ao caso base, importa ainda analisar, com um nível de detalhe superior, as margens operacionais do Hospital de Braga, com o objetivo de confirmar em que medida terá existido uma efetiva materialização da transferência do risco para o parceiro privado.

Assim, no gráfico *infra*, apresentam-se as margens EBITDA estimadas com base no (i) CB Inicial, (ii) CB Atualizado e (iii) CB Atualizado sem limites. Adicionalmente, apresentam-se as margens EBITDA reais<sup>58</sup> (com e sem receitas relativas a protocolos de VIH/SIDA e de esclerose múltipla) da EGEST, tal como apresentadas adiante, no n.º 147. do presente Relatório, salientando-se que apesar de na sua determinação, tanto as receitas como os custos incluírem rubricas que não estão presentes no modelo financeiro subjacente ao caso base – nomeadamente receitas e custos relacionados com i) protocolos VIH/SIDA e esclerose múltipla (neste caso apenas as receitas subjacentes não estão consideradas no CB Atualizado), ii) RNCCI, iii) medicamentos de dispensa obrigatória em farmácia hospitalar e iv) outras receitas e custos que não estão diretamente relacionados com o Contrato de Gestão em vigor –, assume-se que o impacto daqui adveniente para efeitos da presente análise, que se pretende meramente comparativa com as margens EBITDA estimadas, não seja significativo.

Página 139 de 332

<sup>58</sup> A diferença entre a margem EBITDA real da EGEST e aquela que resulta do CB Atualizado decorre do facto de os valores do CB Atualizado serem calculados com base nos valores de produção reais, mas mantendo a estrutura de custos inicialmente estimada pelo privado no CB Inicial, enquanto os valores reais da margem EBITDA são aqueles que decorrem das condições reais de produção, bem como da estrutura de custos que efetivamente existe hoje (permitindo esta comparação aferir acerca da diferença entre o nível da eficiência operacional previsto inicialmente pela EGEST e o realmente verificado).



<u>Gráfico 48 – Evolução das margens EBITDA reais e previstas no CB Inicial, no CB</u> Atualizado e no CB Atualizado sem limites<sup>59</sup>

Fonte: CB Inicial, CB Atualizado, CB Atualizado sem limites, R&C do parceiro privado e dados disponibilizados pela ARSN.

À luz do gráfico apresentado, é possível concluir que se verifica uma transferência efetiva de risco para o setor privado por via da gestão privada do serviço público através (i) da variação da produção do Hospital de Braga (risco de procura) e (ii) dos mecanismos contratuais relativos aos limites de produção remunerada e aos valores anuais de produção prevista, que induzem um efeito de diluição da margem EBITDA, uma vez que os referidos limites só se aplicam em termos de remuneração, não se aplicando naturalmente no caso dos custos<sup>60</sup>.

Por outro lado, importa destacar o facto de as margens EBITDA reais terem sido substancialmente inferiores àquelas que decorrem do CB Atualizado, que, como referido, representa a rendibilidade operacional que seria expectável que o parceiro privado tivesse, com o nível de produção real e com a estrutura de custos que estimou aquando do processo de formação dos seus preços. Com efeito, tendo em consideração que no CB Atualizado – o qual, como referido, incorpora o nível de produção real –, se estimavam margens EBITDA superiores a 20% a partir de 2012, o apuramento de margens

<sup>59</sup> No CB Atualizado sem limites considerou-se, para efeitos de determinação das receitas da EGEST, não só a produção sujeita aos limites contratuais, mas toda a produção efetiva.

<sup>60</sup> Independentemente de a produção efetiva ser ou não remunerada, certo é que o parceiro privado tem sempre que suportar os custos que estão associados a essa produção. Por esta razão, e tal como se verifica no gráfico, as margens EBITDA do CB Atualizado sem limites seriam naturalmente superiores às que decorrem do CB Atualizado (que apenas considera as receitas que resultam da produção com limites).

EBITDA substancialmente inferiores por parte da EGEST (as quais em alguns dos anos analisados foram inclusivamente negativas) confirma que os mecanismos contratualmente previstos implicaram, de facto, uma efetiva transferência do risco de exploração para o parceiro privado, na medida em que o impacto resultante do facto de a estrutura de custos inicialmente prevista ter ficado substancialmente aquém da que se veio a verificar, foi integralmente absorvido pela EGEST, residindo, assim, na sua esfera não só o risco de procura, como também o decorrente da estimativa de custos (por si) efetuada, que para o período analisado não teve, de facto, aderência à realidade.

3.2.1.1.5. Simulação dos potenciais encargos do Estado com o Hospital de Braga, caso fossem aplicados os preços dos hospitais EPE

127. Tendo em vista a aferição da economia do modelo de gestão privada do serviço público realizado pelo Hospital de Braga, face ao modelo de gestão pública, e financiamento, dos hospitais EPE, foi determinado o valor dos encargos que decorreriam para o erário público, num cenário em que a atividade efetiva realizada pelo Hospital de Braga fosse remunerada aos preços definidos para os hospitais EPE (com base nos termos de referência para contratualização de cuidados de saúde, também designados por Contratos-Programa) e efetuada a sua comparação com a remuneração atualmente auferida pela EGEST, tendo apenas por base o que se encontra estabelecido no Contrato de Gestão, logo, assumindo a remuneração dos tratamentos de VIH/SIDA e de esclerose múltipla nos termos contratualmente estabelecidos (e não ao abrigo dos protocolos de financiamento que vigoraram entre 2013 e 2015 no Hospital de Braga, em linha com os demais hospitais). Esta análise foi realizada tendo por base o período compreendido entre 2012 e 2015, encontrando-se o resultado do referido exercício ilustrado no quadro seguinte.

gina 141 de 332

Quadro 17 – Comparação entre a remuneração da produção efetiva (sem limites) da EGEST com a aplicação dos preços definidos para os hospitais EPE e a remuneração decorrente da aplicação dos preços e limites contratuais estabelecidos no Contrato de Gestão, entre 2012 e 2015

Valores em milhares de euros

Remuneração - Preços base SNS - EPE	2012	2013	2014	2015
Internamento e Ambulatório	88.018	81.166	86.175	95.765
Dias de Internamento prolongado	0	0	0	0
Consulta Externa	27.563	25.556	25.468	26.288
Urgência	18.983	18.251	18.175	18.301
Disponibilidade do Serviço de Urgência	0	0	0	0
Hospital de Dia Médico	329	3.540	3.328	3.304
Casos e Atos Específicos	0	0	0	0
VIH e EM	0	3.768	7.356	7.703
Remuneração EGEST (c/VIH e EM)	134.893	132.281	140.503	151.362

Sem Protocolos VIH/SIDA e EM				
Remuneração - Preços base Contrato de Gestão	2012	2013	2014	2015
Internamento e Ambulatório	81.744	90.242	96.068	101.276
Dias de Internamento prolongado	373	337	526	681
Consulta Externa	17.713	17.545	18.074	17.430
Urgência	13.534	14.084	14.436	14.342
Disponibilidade do Serviço de Urgência	3.402	3.362	3.572	3.623
Hospital de Dia Médico	2.049	1.930	1.358	1.410
Casos e Atos Específicos	0	0	15	115
VIH e EM	0	76	170	182
Remuneração EGEST	118.815	127.576	134.221	139.057

Com Protocolos VIH/SIDA e EM					
Remuneração - Preços base Contrato de Gest	2012	2013	2014	2015	
Internamento e Ambulatório	81.744	90.242	96.068	101.276	
Dias de Internamento prolongado	373	337	526	681	
Consulta Externa	17.713	17.545	18.074	17.430	
Urgência	13.534	14.084	14.436	14.342	
Disponibilidade do Serviço de Urgência	3.402	3.362	3.572	3.623	
Hospital de Dia Médico	2.049	1.930	1.358	1.410	
Casos e Atos Específicos	0	0	15	115	
Remuneração base anual da EGEST	118.815	127.500	134.050	138.875	
Protocolos VIH e EM	0	3.768	7.356	7.703	
Remuneração EGEST	118.815	131.268	141.406	146.579	

Remuneração	2012	2013	2014	2015
Preços base SNS - EPE	134.893	132.281	140.503	151.362
Preços base CG s/ Protocolos VIH/SIDA e EM	118.815	127.576	134.221	139.057
Desrio EPE face a CG s/ Protocolos VIH/SIDA e EM	16.078	4,705	6.283	12.304
Preços base CG c/ Protocolos VIH/SIDA e EM	118.815	131.268	141.406	146.579
Desrio EPE face a CG c/ Protocolos VIH/SIDA e EM	16.078	1.013	-903	4.783

Fonte: Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSN, Contratos- Programa e informação disponibilizada pela ACSS.

Nota: O valor da remuneração do internamento e ambulatório excluem os episódios de radioterapia, que considerados em hospital de dia.

Mediante a análise do quadro anterior, verifica-se que a remuneração da produção da EGEST que resultaria da adoção dos preços definidos para os hospitais EPE no período analisado seria superior àquela que foi efetivamente paga à EGEST, considerando os protocolos relativos ao VIH/SIDA e à esclerose múltipla (com exceção do ano de 2014 em que a remuneração com os preços definidos para os hospitais EPE seria ligeiramente inferior à que resulta da aplicação dos preços previstos no Contrato de Gestão e dos protocolos VIH/SIDA), bem como, naturalmente, àquela que teria sido a remuneração da EGEST caso não tivessem sido considerados os referidos protocolos.

No que concerne às restantes linhas de produção do Hospital de Braga, os resultados apresentados no quadro anterior refletem, naturalmente, e em primeiro lugar, o fator preço, constatando-se que efetivamente os preços do Contrato de Gestão para as principais áreas de atividade, o internamento e o ambulatório, são inferiores àqueles que foram praticados no caso dos hospitais EPE. A respeito dos preços, importa também referir que, enquanto no contexto do Contrato de Gestão os preços se encontram definidos e fixados para todo o período da parceria, sendo apenas revisíveis em função da taxa de inflação, no caso dos preços contratualizados para os hospitais EPE não existe necessariamente um padrão de variação associado aos mesmos, ao que não será, naturalmente, alheio o facto de terem existido, ao longo do período analisado, restrições orçamentais, que poderão ter tido reflexo nos termos de referenciação da produção dos hospitais EPE (não só ao nível dos preços, como também ao nível da produção contratualizada).

Neste contexto, apresentam-se, de seguida, os preços a que foram remuneradas as diversas linhas de produção do Hospital de Braga, nos termos do Contrato de Gestão, e os preços praticados nos hospitais EPE para essas mesmas linhas de produção.

Página 143 de 332 7

# Quadro 18 - Comparação entre os preços definidos para os hospitais EPE e os preços estabelecidos no Contrato de Gestão, entre 2012 e 2015

Valores em euros		Constant and the		
Preço unitário por linha de produção	2012	2013	2014	2015
NTERNAMENTO E AMBULATÓRIO				
1.º Escalão				
Contrato de gestão HB PPP	1.936 €	1.938 €	1.938€	1.928 €
Hospitais EPE	2.116 €	2.142€	2.120€	2.285 €
Diferença	-180 €	-204€	-183 €	-357
2.º Escalão				
Contrato de gestão HB PPP	1.258 €	1.260 €	1.259 €	1.253
Hospitais EPE	2.116 €	2.142€	2.120 €	2.285
Diferença	-858 €	-882€	-861€	-1.032
	-41%	-41%	-41%	-45%
DIAS DE INTERNAMENTO PROLONGADO				
Contrato de gestão HB PPP	92€	92€	92€	92 €
Hospitais EPE	n.a.	n.a.	n.a.	n.a
Diferença	n.a.	n.a.	n.a.	n.a
	n.a.	n.a.	n.a.	n.a
CONSULTA EXTERNA				
Primeiras consultas				
Contrato de gestão HB PPP	71 €	71€	71€	70
Hospitais EPE	84 €	70€	67 €	67 €
Diferença	-13 €	1€	4€	3 4
Consultas subsequentes				
Contrato de gestão HB PPP	45 €	45€	45€	45
Hospitais EPE	76 €	70 €	67 €	67
Diferença	-31 €	-24€	-22€	-22
3	-40%	-35%	-32%	-33%
URGÊNCIA				
1.º Escalão - Atendimento				
Contrato de gestão HB PPP	97 €	97€	97€	96
Hospitais EPE	122€	112€	108€	108
Diferença	-25 €	-15€	-11 €	-11
2.º Escalão - Atendimento				
Contrato de gestão HB PPP	41 €	41 €	41€	41
Hospitais EPE	122€	112€	108€	108
Diferença	-81 €	-71 €	-67€	-67
	-66%	-63%	-62%	-62%
Disponibilidade do Serviço de Urgência				
Contrato de gestão HB PPP	3,72 M€	3,72 M€	3,72 M€	3,70 M
Hospitais EPE	n.a.	n.a.	n.a.	n.:
Diferença	n.a.	n.a.	n.a.	n.a
	n.a.	n.a.	n.a.	n.a

Preço unitário por linha de produção	2012	2013	2014	2015
HOSPITAL DE DIA				
Oncologia				
Contrato de gestão HB PPP	429 €	429 €	429€	427 €
Hospitais EPE	22 €	21 €	20€	20€
Diferença	406 €	408€	409 €	407€
	1820%	1945%	2030%	2019%
Radioterapia				
Contrato de gestão HB PPP	60 €	60€	60€	60€
Hospitais EPE	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Diferença	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Pediatria				
Contrato de gestão HB PPP	193 €	193 €	193€	192€
Hospitais EPE	22 €	21 €	20€	20 €
Diferença	171 €	173 €	173 €	172€
	766%	822%	860%	856%
Psiquiatria				
Contrato de gestão HB PPP	51 €	52€	52€	51€
Hospitais EPE	34 €	32€	30€	30€
Diferença	18 €	20 €	21 €	21 €
	52%	62%	69%	68%
Hemodiálise				
Contrato de gestão HB PPP	93 €	93 €	93€	92€
Hospitais EPE	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Diferença	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Infecciologia				
Contrato de gestão HB PPP	646 €	647 €	646€	643 €
Hospitais EPE	22€	21 €	20€	20€
Diferença	624 €	626€	626€	623 €
	2794%	2982%	3110%	3093%
Outras especialidades				
Contrato de gestão HB PPP	133 €	133 €	133 €	132€
Hospitais EPE	22€	21 €	20€	20€
Diferença	111 €	112€	113€	112€
	495%	534%	560%	557%

Fonte: Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSN, Contratos- Programa e informação disponibilizada pela ACSS.

Como se pode constatar, para as três linhas de atividade que mais contribuem para a remuneração da EGEST – internamento e ambulatório, consultas externas (no caso das consultas subsequentes) e urgência –, a quase generalidade dos preços unitários dos respetivos atos nos hospitais EPE superou os preços do Contrato de Gestão, estes últimos estabelecidos em função da proposta apresentada pela EGEST no âmbito do procedimento concursal da parceria.

Em sentido contrário, os preços das sessões de hospital de dia definidos no Contrato de Gestão foram superiores aos preços praticados nos hospitais EPE, destacando-se ainda o facto de, nos termos contratualmente definidos, a remuneração da EGEST compreender

ágina 145 de 332

uma componente destinada ao pagamento pela disponibilidade do serviço de urgência, no valor anual de cerca de 3,7 milhões de euros, o que não encontra paralelo no caso dos termos contratuais dos hospitais EPE. Com efeito, tratando-se de um serviço de urgência polivalente, a tipologia de cuidados prestados pelo Hospital de Braga não seria considerada para o pagamento pela disponibilidade de serviço que o SNS começou a efetuar em 2015 aos hospitais EPE, referente apenas ao serviço de urgência básica<sup>61</sup>. Ainda assim, importa referir, a este respeito, que nos Contratos-Programa de 2016 e de 2017 foi alargado o pagamento por disponibilidade do serviço de urgência aos serviços de urgência médicocirúrgica<sup>62</sup> e aos serviços de urgência polivalente<sup>63</sup>, com o objetivo de cobrir os custos eficientes referentes à capacidade instalada no serviço de urgência<sup>64</sup>, pelo que a sua inclusão nos preços dos hospitais EPE acima apresentados levaria a que a remuneração da produção da EGEST a preços EPE fosse ainda superior, pelo que o diferencial face à remuneração a preços PPP seria ainda maior.

128. No que concerne à evolução dos preços das linhas de produção, verifica-se, por um lado, que a diferença observada se justifica pelo facto de o mecanismo de atualização anual dos preços das linhas de produção do Hospital de Braga ser substancialmente diferente do utilizado no caso dos hospitais EPE. Com efeito, nos termos do Contrato de Gestão, os preços pagos à EGEST são anualmente atualizados com base no IPC (aplicando-se esta atualização uniformemente aos preços de todas as áreas de atividade), enquanto a definição dos preços dos hospitais EPE tem sido significativamente condicionada pelo quadro de restrição orçamental com que o SNS se tem confrontado, como referem os Contratos-Programa 65. Por este motivo, a generalidade dos preços

<sup>61</sup> No valor anual de 1,0 milhões de euros por unidade hospitalar, tendo por base, em 2016 e 2017, um volume de atividade médio expectável de 35.000 episódios.

<sup>62</sup> No valor anual de 5,0 milhões de euros, para um volume de atividade médio expectável de 100.000 episódios.

<sup>63</sup> No valor anual de 17,0 milhões de euros, para um volume de atividade médio expectável de 170.000 episódios.

<sup>64</sup> Tendo a remuneração dos atendimentos urgentes passado a ser efetuada, desde 2016, em função de duas componentes: (i) uma componente de valor fixo, dos quais 95% atribuídos em função da disponibilidade de serviço nas três tipologias de urgência, e os restantes 5% atribuídos em função do desempenho, aferido através de indicadores de acesso e qualidade assistencial no Serviço de Urgência; e (ii) uma componente de valor variável, em função da atividade marginal e inesperada que seja necessária para além dos valores expectáveis e desejáveis contratados, a qual será remunerada a um preço marginal.

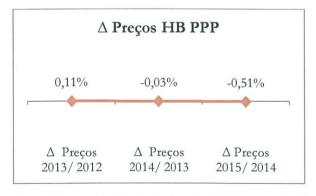
<sup>65</sup> Salientando-se que, no caso dos contratos PPP, não podendo repercutir-se sobre os preços das linhas de produção (dado que os mesmos, como referido, são estipulados ao abrigo dos respetivos contratos de

aplicados aos hospitais EPE não só sofreu sucessivos decréscimos entre 2011 e 2014, tendo os preços praticados em 2015 (e em 2016 e 2017) apresentado praticamente uma manutenção dos de 2014, como a variação dos preços não foi uniformemente aplicada a todas as áreas de atividade.

Adicionalmente, importa salientar que a ACSS alterou em 2013 a metodologia utilizada para a definição dos preços a aplicar aos hospitais EPE, traduzindo-se esta alteração num aumento do preço da linha de produção de internamento e ambulatório, à qual passou a ser aplicado um único preço base para todas as instituições, e numa redução do preço das primeiras consultas externas, tendo esta última passado a contemplar 6 grupos de financiamento, a que correspondem diferentes preços de consulta.

Em face do exposto, a evolução dos preços do Hospital de Braga foi distinta da verificada nos hospitais EPE, como se poderá constatar nos gráficos apresentados de seguida.

Gráfico 49 – Evolução da taxa de crescimento anual dos preços para as linhas de produção do Hospital de Braga, entre 2012 e 2015

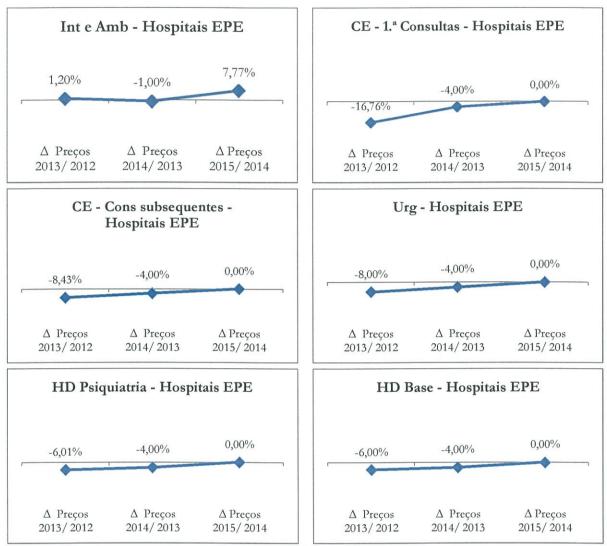


<u>Fonte</u>: Contrato de Gestão do Hospital de Braga e relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSN.

gestão), as eventuais restrições orçamentais apenas se poderão fazer sentir ao nível da produção contratualizada numa base anual entre o parceiro público e o parceiro privado.

Página 147 de 332

<u>Gráfico 50 – Evolução das taxas de crescimento anual dos preços definidos para os</u> hospitais EPE, entre 2012 e 2015



Fonte: Contratos-Programa e informação disponibilizada pela ACSS.

129. Por outro lado, a diferença verificada entre os preços das linhas de produção do Hospital de Braga e os preços dos hospitais EPE deve-se ao facto de os do primeiro refletirem os valores propostos pela EGEST (sujeito a atualização da inflação), os quais, apesar de inferiores aos preços dos hospitais EPE, deverão, naturalmente, ter sido definidos tendo em vista a prossecução do objetivo de garantir a cobertura de todos os encargos que decorrem da sua atividade operacional, tanto ao nível da prestação de cuidados de saúde, como ao nível da remuneração dos investimentos que se revelem necessários durante a vigência do Contrato de Gestão, e ainda, por exemplo, o reembolso do eventual serviço da dívida e a remuneração dos acionistas da EGEST.

Assim, no caso da PPP, os preços pagos pela prestação de cuidados de saúde constituem os únicos encargos do SNS com a parceria, enquanto no caso dos hospitais EPE tal raciocínio não pode ser aplicado, seja porque o preço se destina a cobrir apenas os custos relativos à prestação do serviço clínico, seja porque, em virtude das já referidas restrições orçamentais, o mesmo poderá encontrar-se desalinhado face à estrutura de custos destes hospitais, e, portanto, induzir a geração de défices operacionais, que, no caso dos hospitais EPE, e ao contrário do que se passa nas PPP, se materializam, mais cedo ou mais tarde, no défice público (seja por via das necessárias "transferências adicionais", seja através dos aumentos de capital estatutário).

Efetivamente, para alguns hospitais EPE, o modelo de financiamento e os preços fixados nos Contratos-Programa têm-se revelado insuficientes para fazer face à sua estrutura de custos, pelo que os mesmos constituem apenas uma parte dos encargos suportados pelo Estado com estas unidades hospitalares. Consequentemente, os défices gerados nesses hospitais EPE têm sido colmatados, quer através da realização de pagamentos de convergência, os quais representaram, em termos médios, no período compreendido entre 2012 e 2015 e para todos os hospitais EPE, 4,03% do valor das transferências efetuadas pelo SNS, quer através de aumentos de capital, representando estes, no mesmo período, cerca de 6,5% do total dessas transferências (considerando também os aumentos de capital).

Assim, caso na análise anteriormente protagonizada se considerem, não apenas o resultado da aplicação dos preços do Contrato-Programa, mas sim todas as transferências realizadas pelo Estado a estes hospitais, os resultados da comparação seriam os que se apresentam no quadro seguinte.

Página 149 do 332 FL

Quadro 19 – Comparação entre a remuneração da produção efetiva (sem limites) da EGEST com a aplicação dos preços definidos para os hospitais EPE (após pagamento aos mesmos dos valores de convergência) e a remuneração que resulta da aplicação dos preços e limites estabelecidos no Contrato de Gestão, entre 2012 e 2015

Valores em milhares de euros

Sem Protocolos	VIH/SI	DA e EM			
		2012	2013	2014	2015
Remuneração Preços base SNS - EPE		134.893	132.281	140.503	151.362
Média do peso das convergências face ao total das transferências do SNS para os EPE entre 2012 e 2015	4,03%	5.434	5.329	5.660	6.097
Remuneração Preços base SNS - EPE com convergências		140.327	137.610	146.163	157.459
Remuneração Preços base Contrato de Gestão		118.815	127.576	134.221	139.057
Diferença		21.512	10.033	11.943	18.401

Com Protocolos VIH/SIDA e EM											
		2012	2013	2014	2015						
Remuneração Preços base SNS - EPE		134.893	132.281	140.503	151.362						
Média do peso das convergências face ao											
total das transferências do SNS para os	4,03%	5.434	5.329	5.660	6.097						
EPE entre 2012 e 2015	NV 111										
Remuneração Preços base SNS - EPE		140.327	137.610	146,163	157,459						
com convergências		140.327	137.010	140.103	157.459						
Remuneração Preços base Contrato de Gestão		118.815	131.268	141.406	146.579						
Diferença		21.512	6.341	4.757	10.880						

<u>Fonte</u>: Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSN, Contratos- Programa e informação disponibilizada pela ACSS.

130. Como referido, para colmatar os referidos défices dos hospitais EPE, o Estado tem também efetuado, para além do pagamento de valores de convergência, aumentos de capital nos hospitais EPE, os quais, no seu conjunto e em termos médios, representaram 6,50% do total de transferências e aumentos de capital efetuados no período em análise.

Tal como verificado com os pagamentos de convergência, também os aumentos de capital se traduzem num aumento do diferencial existente entre a remuneração que a EGEST auferiria caso a atividade efetiva realizada pelo Hospital de Braga fosse remunerada aos preços definidos para os hospitais EPE e a remuneração determinada pela aplicação dos preços estabelecidos no Contrato de Gestão.

Ouadro 20 - Comparação entre a remuneração da produção efetiva (sem limites) da EGEST com a aplicação dos preços definidos para os hospitais EPE (após pagamento aos mesmos de valores de convergência e aumentos de capital) e a remuneração que resulta da aplicação dos preços e limites estabelecidos no Contrato de Gestão, entre 2012 e 2015

Valores em milhares de euros

Sem Protocolos VII	H/SIDA e l	EM		
	20	12 2013	2014	2015
Remuneração Preços base SNS - EPE	134.8	93 132.281	140.503	151.362
Média do peso das convergências e dos aumentos de capital face ao total das transferências e aumentos de capital do SNS para os EPE entre 2012 e 2015	50% 8.7	70 8.601	9.135	9.841
Remuneração Preços base SNS - EPE com convergências e aumentos de capital	143.60	54 140.882	149.639	161.203
Remuneração Preços base Contrato de Gestão	118.81	15 127.576	134.221	139.057
Diferença	24.84	19 13.305	15.418	22.145

Com Protocolos VIH/SIDA e EM											
		2012	2013	2014	2015						
Remuneração Preços base SNS - EPE		134.893	132.281	140.503	151.362						
Média do peso das convergências e dos											
aumentos de capital face ao total das	C 500/	0.770	0.701	0.125	0.041						
transferências e aumentos de capital do SNS	6,50%	8.770	8.601	9.135	9.841						
para os EPE entre 2012 e 2015											
Remuneração Preços base SNS - EPE											
com convergências e aumentos de		143.664	140.882	149.639	161.203						
capital											
Remuneração Preços base Contrato de		118.815	131.268	141.406	146.579						
Diferença		24.849	9.613	8.232	14.624						

Fonte: Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSN, Contratos-Programa e informação disponibilizada pela ACSS.

131. Para além do efeito preço, os diferentes montantes de remuneração identificados nos quadros supra, devem-se ainda ao facto de, no âmbito do Contrato de Gestão e no que ao internamento e ambulatório diz respeito, a remuneração da EGEST ter sido sempre determinada mediante a utilização de um único agrupador de GDH (AP21) e tendo por base o ICM apurado em função da produção efetiva de cada ano 66, enquanto a

<sup>66</sup> Nos termos do estipulado no Contrato de Gestão, o ICM a ser considerado para efeitos de remuneração da EGEST deverá corresponder ao mínimo entre o calculado para a produção do Hospital de Braga verificada no ano e a média do ICM da população verificada nos cinco anos precedentes, calculado com base na totalidade dos episódios de internamento e cirurgias, correspondentes ao perfil assistencial do Hospital de Braga, verificados efetivamente para a população da área de influência do Hospital de Braga,

remuneração dos hospitais EPE foi efetuada mediante a utilização de diferentes agrupadores de GDH entre 2011 e 2015, cujos índices de *case-mix* não têm necessariamente em consideração a complexidade da produção efetiva de cada um dos anos — dado que a sua atualização não é efetuada com a mesma periodicidade anual que a estipulada no Contrato de Gestão.

132. Conclui-se, assim, que, apesar de os preços da PPP de Braga terem sido determinados, ab initio, com base no pressuposto de que os mesmos deveriam cobrir não só o valor das prestações de serviços clínicos, mas também o valor dos investimentos realizados, bem como o pagamento da contrapartida financeira pela aquisição do estabelecimento hospitalar (no montante de 15,0 milhões de euros)67, os resultados acima apresentados evidenciam uma maior economia do modelo de PPP face ao modelo de EPE. Com efeito, os preços praticados no Hospital de Braga - ainda que sujeitos a atualização anual nos termos contratuais (não podendo os mesmos ser reduzidos por questões de índole meramente orçamental, como poderá verificar-se no caso dos hospitais EPE), termos estes que estipulam ainda a atualização anual do valor do ICM para efeitos de determinação da remuneração - foram, em termos gerais, inferiores aos dos hospitais EPE, nos quais, como referido, e ao contrário do que acontece com as PPP, quer os preços, quer o ICM, (quer até os limiares mínimos para a quantidade de produção) poderão ser alterados em função da realidade orçamental que se verificar em cada momento.

Em face do exposto, conclui-se que a adoção do modelo de gestão pública dos hospitais EPE para a prestação do serviço público realizado no Hospital de Braga, além de não permitir qualquer transferência de riscos do parceiro público para o parceiro privado (ao contrário do verificado no modelo de PPP), conduziria à

independentemente da unidade hospitalar em que foram prestados. Com referência ao exercício de 2015, para efeitos de remuneração, foi utilizada a média do ICM dos 5 anos anteriores, inferior ao índice de case mix apurado com base na produção do Hospital de Braga verificado no ano.

<sup>67</sup> Custos que, no caso dos hospitais EPE, nunca seriam pagos com base nos preços dos contratosprograma, mas sim através de "transferências adicionais" e/ou aumentos de capital, e que, portanto, poderão neste exercício, de índole meramente académica, não estar devidamente refletidos na comparação efetuada.

geração de maiores encargos para o erário público, razão pela qual a opção pelo modelo de PPP se revela mais vantajosa para o Estado.

**3.2.1.1.6.** Constrangimentos à execução de facto de algumas disposições contratuais e aspetos que carecem de melhoria

133. Muito embora, do ponto de vista estritamente jurídico, o contrato constitua o repositório central e a medida dos direitos e obrigações que conformam e devem ser aplicados na relação jurídica subjacente, a verdade é que foram identificadas algumas situações nas quais a liberdade de exercício das prerrogativas contratuais foi, na realidade, condicionada, designadamente em razão de se atender à necessidade de comparabilidade com os demais estabelecimentos integrados no SNS, que o próprio Contrato dita ou permite que seja considerada.

Foi efetivamente o que sucedeu quanto à aplicação dos parâmetros de desempenho, onde não foi possível proceder ao exercício de *benchmark* previsto no Contrato para efeitos de avaliação da qualidade dos serviços assistenciais prestados pelo parceiro privado<sup>68</sup>, que foram assim apenas avaliados numa lógica individual, e com base no princípio da melhoria contínua, previsto contratualmente.

O mesmo sucedeu (tal como se refere no ponto 3.2.1.1.9. do presente Relatório) com a avaliação da "satisfação dos utentes" – que constitui uma das três dimensões do processo de avaliação global de desempenho do parceiro privado –, que também por questões de falta de comparabilidade com os demais hospitais do SNS, não pôde ser considerada para efeitos do cômputo global da avaliação de desempenho nos anos de 2014 e 2015, embora o parceiro privado tenha ainda assim procedido à realização dos respetivos inquéritos, previstos contratualmente.

Por outro lado, importa também referir o facto de a definição do Grupo de Referência (nos termos do previsto na cláusula 43.ª do Contrato de Gestão) ter ocorrido apenas em 2015, o que, naturalmente, em sede de execução de facto implicou algumas

Página 153 do 332

<sup>68</sup> Seja porque o Grupo de Referência apenas foi definido em 2015 (com aplicação apenas para o biénio 2016-2017), seja também porque os hospitais EPE não monitorizam o mesmo tipo de parâmetros de desempenho que são avaliados no caso das PPP, o que naturalmente dificulta o processo de benchmarking entre os mesmos.

limitações, nomeadamente ao nível (i) da comparação dos parâmetros de desempenho do parceiro privado com os resultados alcançados pelos demais hospitais comparáveis, (ii) da aplicação do ajustamento, à remuneração, em função da prescrição de produtos farmacêuticos, previsto no n.º 12 do Anexo VII do Contrato de Gestão, e (iii) do benchmark da cobrança de receitas de terceiros pagadores e de taxas moderadoras.

Neste contexto, entende-se que, nestes pontos em concreto, devem ser reforçados mecanismos que permitam, na execução do Contrato de Gestão, garantir a plena aplicabilidade de todos os instrumentos contratuais, sendo para tal fundamental, designadamente uma maior uniformização ao nível, não só dos parâmetros de avaliação do desempenho das PPP e dos hospitais EPE, mas também do tipo de informação (e respetiva profundidade e regularidade) prestada pelos diferentes hospitais, de forma a evitar-se designadamente os problemas com que a ARSN se deparou aquando da necessidade de definição do Grupo de Referência do Hospital de Braga.

### **3.2.1.1.7.** *Pedidos de* REF

134. Desde o início do período de execução do Contrato foram solicitados pelo parceiro privado dois pedidos de reposição do equilíbrio financeiro e apresentadas duas reservas de direito (que assinalam potenciais futuros pedidos de reposição do equilíbrio financeiro), apresentando-se, no quadro seguinte, o fundamento associado aos referidos processos, o montante peticionado pelo parceiro privado – quando aplicável –, bem como o ponto de situação de cada um deles, devendo salientar-se que, até ao momento, não foi paga qualquer compensação por parte do parceiro público a este respeito.

Quadro 21 - Pedidos de reposição do equilíbrio financeiro e reservas de direito

Tipo	Data Pedido	Evento Gerador do Pedidio	Montante do pedido	Data de resolução	Ponto de situação	Montante compensação Paga
Reposição do Equilibrio Financeiro	23-11-2011	Regime de Internato médico no âmbito dos Hospitais PPP	2.817.999€	07-03-2012	Concluiu-se que os encargos com os internos, no âmbito do contrato de PPP do Hospital de Braga, é responsabilidade da EGEST, encontrando-se os pagamentos destes recursos incluídos no valor global pago pelo Estado. Considerando dois aspetos (i) que o mecanismo de remuneração previsto no Contrato de Gestão é em função da produção efetiva por linha de produção, disponibilidade da urgência, da prescrição de medicamentos e de deduções, sendo por isso baseada em outputs e resultados e não em inputs e que (ii) os internos são profissionais que são remunerados pela atividade que desenvolvem na unidade hospitalar e que em matéria de formação e investigação, a EGEST, se encontra vinculada a uma disciplina específica, que fice prevista contratualmente, pelo que está afastada a necessidade de recurso a um programa específico de financiamento.	- €
Reserva de Direito	30-01-2013	Alteração Legislativa – Caixa Geral de Aposentações	2	11-02-2013	Não houve por parte da EGEST qualquer contraposição à posição da EPC realizada através do oficio GC.2013.092, onde se afirma que "a alteração nos termos desta notificação ora apresentados, a Entidade Gestora do Estabelecimento carece de fundamentos para o exercício do pedido de reposição do equilíbrio financeiro".	- €
Reposição do	22 02 2017	Protocolos adicionais de HIV/SIDA ao Contrato de Gestão do Hospital de Braga	18.693.441 €	450	Em curso. Aguarda-se a constituição do Tribunal Arbitral.	
Equilíbrio Financeiro	22-03-2016	Protocolos adicionais Esclerose Múltipla ao Contrato de Gestão do Hospital de Braga	14.636.256 €	181	Em curso. Aguarda-se a constituição do Tribunal Arbitral.	
Reserva de Direito	05-08-2016	Implementação do Sistema de Codificação Clínica ICD 10-CM/PCS	5 5	li <del>t</del> a	Em curso.	

Fonte: Equipa de Projeto, a partir de informação disponibilizada pela ARSN.

### 3.2.1.1.8. Análise histórica dos principais indicadores de eficiência

135. Tendo por base os princípios subjacentes à Metodologia (cfr. ponto 2.2 do presente Relatório), considera-se que, no âmbito da aferição do Value for Money da PPP, deve ser avaliada a relação entre os meios utilizados e os resultados obtidos pelo parceiro privado, sendo importante salientar, desde já, no entanto, que o custo do Estado Português com a PPP depende apenas dos resultados e do output gerados pelo parceiro privado, não sendo, portanto, o Estado Português responsável pelos custos efetivamente incorridos pelo parceiro privado no decurso da sua atividade operacional, ao contrário do que acontece com os hospitais EPE - onde, com efeito, potenciais menores eficiências ao nível da estrutura de custos se materializam, a final, na esfera do Estado.

Com efeito, de acordo com a matriz de risco que em regra vigora nas PPP e que, no Página 155 de 332 TO RES caso específico do Hospital de Braga, se aplica, os riscos operacional e de eficiência da

estrutura de custos encontram-se alocados à esfera do parceiro privado, não sendo ao Estado imputada quaisquer eventuais impactos da deterioração da eficiência operacional do parceiro privado.

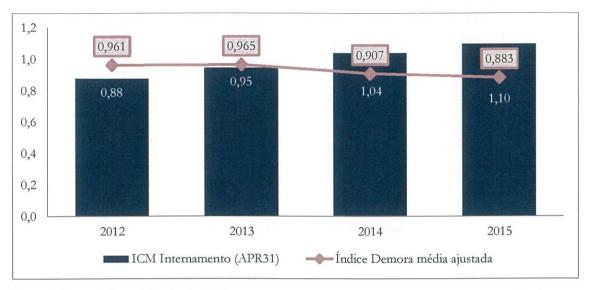
Tendo por base este enquadramento, no presente capítulo analisa-se a eficiência da PPP de Braga, numa lógica individual, tendo por base as obrigações previstas contratualmente, e recorrendo ao resultado dos indicadores que se apresentam de seguida, de (i) índice de demora média ajustada (pela severidade), (ii) percentagem de cesarianas no total de partos e (iii) percentagem de cirurgias de ambulatório face ao total de cirurgias programadas para procedimentos ambulatorizáveis, remetendo-se a parte da análise da eficiência dos recursos humanos e dos custos operacionais para o ponto 3.2.1.2.3 do presente Relatório.

136. O índice de demora média ajustada ("IDMA") procede ao ajustamento da demora média da instituição hospitalar em função da distribuição de episódios pelos diferentes níveis de severidade da doença, correspondendo à demora média que o hospital apresentaria se tivesse a demora média por GDH do grupo, por nível de severidade. Assim:

- O IDMA total de cada grupo de instituições hospitalares é igual a 1, considerando a distribuição da produção das instituições do grupo pelos diferentes níveis de severidade e respetiva demora média;
- Um hospital que apresenta um valor de IDMA superior ao valor de referência
   1 tem, considerando a severidade verificada nos "seus" doentes, uma demora
   média superior à do grupo de hospitais onde se encontra.

Tal como o demonstra o gráfico e o quadro seguintes, a demora média do internamento no Hospital de Braga reduziu-se ao longo de 2014 e 2015, apesar de o ICM do internamento ter aumentado, o que efetivamente permitiu a tendência de diminuição, nos dois últimos anos analisados, do índice de demora média ajustada, num cenário de relativa manutenção da taxa de reinternamento em 30 dias, não sendo, portanto, evidente uma deterioração do nível de cuidados, pelo menos a avaliar por este indicador. Com efeito, o facto de o índice de demora média ajustada se ter apresentando sempre abaixo de 1, revela a existência de eficiência relativa do Hospital de Braga face ao seu grupo de referência.

<u>Gráfico 51 – Índice de demora média ajustada versus ICM internamento (APR31)</u> período de 2012 a 2015



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

Nota: O Índice de Demora média Ajustada procede ao ajustamento da demora média da instituição hospitalar em função da sua distribuição de episódios pelos diferentes níveis de severidade da doença.

Quadro 22 - Evolução da demora média e da taxa de reinternamentos em 30 dias

Valores em número de dias

A CONTROL OF THE SECOND	2012	2013	2014	2015
Demora média	7,42	7,77	7,70	7,56
Taxa de reinternamento em 30 dias	8%	8%	8%	7%

Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

Nota: O Índice de Demora média não tem em consideração os recém-nascidos.

137. Tendo em consideração que, muitos dos partos por cesariana são realizados não por razões clínicas, nomeadamente pelo bem-estar materno-fetal, mas antes por razões de conveniência, comprometendo aquilo que ditam as melhores práticas, este indicador foi considerado nos parâmetros de desempenho a avaliar, no sentido de incentivar o hospital a concentrar esforços na informação das gestantes e seus familiares e a garantir os recursos necessários para a realização de partos vaginais em condições de segurança, incluindo, entre outros aspetos, a presença de especialistas de obstetrícia, pediatria e anestesiologia.

Tal como se verifica pelo gráfico seguinte, o peso das cesarianas no total de partos tem vindo a reduzir-se ao longo do período de execução, encontrando-se o mesmo abaixo dos valores de referência em 2014 e 2015.

Página 157 de 332

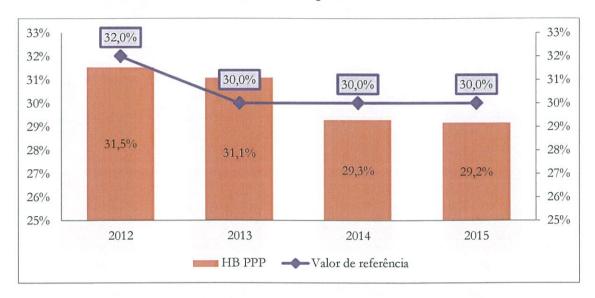


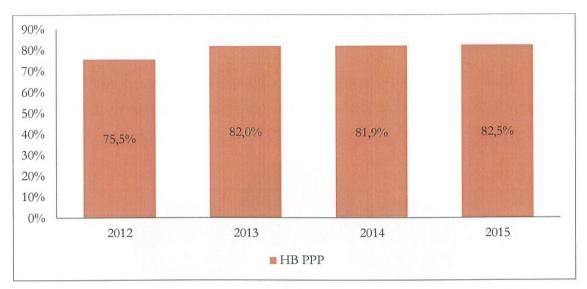
Gráfico 52 - Peso das cesarianas no total de partos

Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS e Relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST produzidos pela ARSN.

Nota: Os valores de referência referem-se aos valores determinados em cada ano – nos termos do previsto contratualmente – para efeitos de avaliação dos respetivos parâmetros de desempenho.

138. Apresenta-se, de seguida, o peso das cirurgias de ambulatório no total das cirurgias programadas para procedimentos ambulatorizáveis e identificadas já como procedimentos ambulatorizáveis, o qual pretende avaliar o valor alcançado em face do objetivo anualmente fixado. A taxa de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório é um indicador relevante de qualidade e de eficiência, na medida em que o tratamento cirúrgico de muitos dos doentes em regime de ambulatório contribui para diminuir os tempos de internamento e as listas de espera, com consequentes benefícios sócio-familiares, económicos e psicológicos para o doente. De acordo com o *Gráfico* seguinte, verifica-se que os resultados alcançados pelo Hospital de Braga ficaram todos os anos acima de 75% (cfr. *Gráfico 84*).

Gráfico 53 - Peso das cirurgias de ambulatório face ao total de cirurgias programadas para procedimentos ambulatorizáveis



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS e Relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST produzidos pela ARSN.

Os valores de referência referem-se aos valores determinados em cada ano - nos termos do previsto Nota: contratualmente - para efeitos de avaliação dos respetivos parâmetros de desempenho.

3.2.1.1.9. Análise histórica dos principais indicadores de eficácia e de qualidade

139. Em linha com os princípios enunciados no ponto 2. do presente Relatório – referente à Metodologia -, considera esta Equipa de Projeto como fundamental, para concluir sobre a existência de Value for Money de uma PPP, numa lógica ex post, aferir em que medida, ao longo do período de execução do contrato, foram efetivamente cumpridos e alcançados os "objetivos específicos fixados" e os "resultados esperados" com esta PPP. Assim, afigura-se pertinente perceber, por um lado, em que medida foram alcançados os níveis de output esperados, e, por outro lado, em que medida a qualidade desse output - neste caso os serviços clínicos prestados pelo parceiro privado - foi aderente às expectativas inicialmente definidas.

A este respeito, importa notar que, no caso das PPP em particular, sendo o preço do serviço prestado pelo parceiro privado definido com base no seu resultado, isto é, com base no seu nível de output, e existindo, naturalmente, e em consequência, um "custo de agência" para o parceiro público - decorrente do facto de este não conhecer nem controlar,

pelo menos da mesma forma que a outra parte o faz, o nível de qualidade com que esse *output* é atingido –, foi incluído<sup>69</sup> no Contrato de Gestão um conjunto de cláusulas que visam garantir que as prestações de serviços realizadas pelo parceiro privado obedecem a determinados padrões de qualidade.

Com efeito, nos termos do previsto no Contrato de Gestão (cfr. cláusula 61.ª), o parceiro privado encontra-se obrigado a manter um sistema de gestão da qualidade, que integra, entre outras, as componentes apresentadas no esquema seguinte.



Assim, prevê o Contrato de Gestão um conjunto de mecanismos, não só de garantia da qualidade desejável, mas também de monitorização da atuação do parceiro privado no sentido de alcançar essa qualidade, tendo por base a eventual aplicação de deduções, a efetuar em função dos níveis de desempenho da EGEST em termos de resultados assistenciais, mediante a verificação do cumprimento de um vasto conjunto de parâmetros de desempenho de resultado e de serviço (cfr. cláusula 23.ª e Anexo X ao Contrato de Gestão).

<sup>69</sup> No âmbito do procedimento que levou à formação do contrato.

Para além da monitorização e avaliação dos resultados assistenciais alcançados, o processo de aferição da qualidade e do desempenho do parceiro privado engloba ainda um processo anual de avaliação global do seu desempenho, considerando para tal três dimensões: (i) resultados, (ii) serviço e (iii) satisfação dos utentes. No que se refere às dimensões de resultados e de serviço, as mesmas são avaliadas através da verificação do cumprimento dos parâmetros de desempenho de resultado e de serviço, respetivamente. Por sua vez, a dimensão relativa à satisfação dos utentes é avaliada através da realização de inquéritos e do posterior cálculo do índice de satisfação dos utentes. Os referidos parâmetros de desempenho são quantitativos e a sua medição é produzida automaticamente pelo sistema de informação da EGEST, sendo a fiabilidade dos valores garantida pela auditoria ao respetivo sistema, realizada trimestralmente por uma entidade externa, conforme previsto no n.º 3 da cláusula 131.ª do Contrato de Gestão.

Paralelamente, o parceiro público recorre ainda a processos de auditoria, designadamente para aferir da existência de transferências e referenciação indevidas de utentes, o que, a verificar-se, constitui uma falha específica (nos termos da cláusula 54.ª do Contrato de Gestão), conduzindo, portanto, à aplicação de deduções ao parceiro privado.

Neste contexto, e tendo presente quer o referido potencial de aplicação de deduções aos pagamentos que o parceiro público faz à EGEST, quer a obrigatoriedade de o parceiro privado implementar um conjunto de medidas corretivas, tendentes a melhorar o seu nível de avaliação, quando o mesmo não atinja os níveis considerados desejáveis, entende-se que a arquitetura do Contrato de Gestão reúne as condições necessárias para ser assegurada uma efetiva transferência de risco para o parceiro privado, no que à qualidade diz respeito. Para este desiderato contribuem decisivamente, não só as ferramentas ao dispor do parceiro público (cfr. esquema seguinte), mas também as obrigações regulares de prestação de informação a que o parceiro privado se encontra adstrito, que pretendem, na medida do possível, mitigar o "custo de agência" acima mencionado.

ágina 161 de 332

Parâmetros de Desempenho de Hospital de Braga Resultado Parâmetros de Desempenho de Grupo de Referência Serviço Pagamentos Resultado Avaliação Global Satisfação dos Utentes Falhas específicas (Avaliação Referenciação e Transferências Indevidas) Ferramentas Medição Qualidade Transferência Efetiva Contratuais Outputs, Resultados e Servico do Risco Obrigações Regulares de Informação

Esquema 23 – Mecanismos de controlo e garantia da qualidade dos serviços prestados pelo parceiro privado

Fonte: Equipa de Projeto, a partir de informação disponibilizada pela ARSN.

Ao longo da execução do Contrato, e no que se refere à avaliação global do desempenho do parceiro privado, na vertente da "satisfação dos utentes", importa notar que nem sempre foi possível avaliar esta componente em virtude da inexistência de um referencial de comparação dos resultados.

Com efeito, nos termos do Anexo X ao Contrato de Gestão, a EGEST encontra-se obrigada à realização anual de inquéritos à satisfação dos utentes, devendo adotar a metodologia "utilizada pelo Ministério da Saúde, nos demais Hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde, por forma a garantir a comparabilidade dos resultados", ou, caso "o Ministério da Saúde não realize os inquéritos [...], a Entidade Gestora do Estabelecimento obriga-se a realizar inquéritos de acordo com metodologia própria da Entidade Gestora do Estabelecimento, preparados e realizados por entidade independente, e a comunicar os resultados à Entidade Pública Contratante".

Ora, acontece que o último inquérito de satisfação dos utentes, realizado pelo Ministério da Saúde nos hospitais públicos data de 2009, tendo sido realizado no âmbito de

parceria entre a ACSS e o Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa. Assim, não tendo sido avaliada a satisfação dos utentes dos hospitais públicos, pelo Ministério da Saúde, nos anos posteriores, a EGEST elaborou avaliações próprias, recorrendo à empresa Qmetrics. As avaliações assim obtidas têm sido globalmente positivas (cfr. Gráfico 54 seguinte), apresentando ligeiras melhorias ao longo dos anos, com exceção da área da urgência, cujo índice de satisfação se tem mantido bastante inferior aos demais.

95 95 90 90 85 85 80 80 75 75 70 70 65 65 CE Int. CE Int. Int. Int. CA CA Urgência Urgência CA 2012 2013 2014 2015 ■ Índice de Satisfação por linha de atividade Índice de Satisfação Global

<u>Gráfico 54 – Evolução do índice de satisfação dos utentes por linha de atividade e</u> <u>em termos globais</u>

Fonte: Equipa de projeto, a partir dos Relatórios de Satisfação dos Utentes produzidos pela EGEST.

Nota: Classificação das valorizações: [0;40] - negativo; [40;60] - neutro, [60;80] - bom; [80;100] - muito bom.

Não obstante a limitação referida, inerente à inexistência de referencial de comparação do índice de satisfação dos utentes com os demais hospitais públicos, entre 2011 e 2013, entendeu a EPC considerar a avaliação da satisfação dos utentes para efeitos de avaliação global do desempenho do parceiro privado, comparando os resultados do inquérito de satisfação que a EGEST realizou e os resultados globais da avaliação dos hospitais públicos, em 2009. A partir dessa comparação, entre 2011 e 2013 foi obtida a classificação de "bom" para esta dimensão da avaliação global.

Em 2014 e 2015, no entanto, o entendimento da EPC foi distinto, não tendo sido os resultados do índice de satisfação obtido pela EGEST considerados nestes anos para efeitos da sua avaliação global de desempenho, por motivos de falta de comparabilidade dos mesmos com os restantes hospitais públicos.

Página 163 de 332

No que se refere às demais dimensões que compõem a avaliação global de desempenho, os "resultados" e o "serviço", com exceção do ano de 2011, mantiveram-se sempre com a classificação máxima, de "muito bom", apresentando-se, no *Quadro seguinte* a classificação global efetivamente obtida pela EGEST entre 2011 e 2016.

Com efeito, o ano de 2011 – ano da transferência do estabelecimento hospitalar para o novo edifício –, distingue-se dos demais pelo facto de ter sido o único ano onde a EGEST apresentou uma avaliação global de desempenho "insatisfatória", em virtude sobretudo da avaliação, também insatisfatória, da dimensão relativa aos resultados. Em consequência, no ano de 2011 foram aplicadas deduções ao parceiro privado no montante de 5,6 milhões de euros<sup>70</sup>, valor substancialmente superior ao aplicado nos demais anos de execução do contrato.

Quadro 24 - Avaliação global de desempenho do parceiro privado

Avaliação de desempenho	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Componente de Resultados	n.a.	Insatisfatório	Muito Bom				
Componente de Serviço	n.a.	Satisfatório	Muito Bom				
Componente de Satisfação Utentes	n.a.	Bom	Bom	Bom	n.a.	n.a.	n.a.
Global	n.a.	Insatisfatória	Bom	Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom

<u>Fonte</u>: Relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST e Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSN.

Notas: (1) A avaliação de desempenho efetuada nas componentes de resultados e de serviço apenas teve em consideração os resultados obtidos pelo Hospital de Braga, atendendo ao facto de o Grupo de Referência ter sido definido apenas em 2015, com efeitos para o biénio 2016-2017.

<sup>(2)</sup> Não obstante estabelecer a obrigatoriedade de realização, com uma periodicidade anual, de inquéritos de satisfação dos utentes do Hospital de Braga nas grandes áreas de atividade, o Contrato de Gestão prevê também que a avaliação de desempenho da EGEST nesta componente seja efetuada mediante a comparação entre os índices de satisfação dos utentes do Hospital de Braga e os índices de satisfação obtidos pelos hospitais públicos incluídos nos inquéritos de satisfação dos utentes realizados pelo Ministério da Saúde, não tendo esta comparação sido efetuada no período objeto de análise devido ao facto de a partir de 2010 o Ministério da Saúde não ter realizado os inquéritos de satisfação dos utentes.

(3) De acordo com informação do Gestor do Contrato, no ano de 2010 não houve elaboração do relatório anual de desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento, não tendo sido, portanto, feita, nos termos contratualmente previstos, a avaliação global de desempenho da mesma.

A respeito da avaliação global de desempenho da EGEST convém ainda realçar o facto de no ano de 2010, não ter sido elaborado, por parte da EPC, o relatório anual de desempenho da EGEST, não tendo sido, portanto, realizada, nos termos contratualmente previstos, a avaliação global de desempenho da mesma. Não obstante, importa realçar o

<sup>70</sup> Correspondendo este ao valor máximo aplicável, nos termos do previsto no n.º 4 da cláusula 55.ª do Contrato de Gestão.

facto de, nesse ano ter havido, ainda assim, lugar à aplicação de deduções por parte da EPC (cfr. quadro seguinte), tendo sido as mesmas calculadas a partir dos pontos de penalização apurados. Com base nesses pontos de penalização e considerando as regras contratuais previstas nos n.º 5 e 6 da cláusula 53.ª do Contrato de Gestão, conclui-se que caso a EPC tivesse procedido à avaliação global de desempenho, e assumindo como premissa a não revisão pela mesma desses pontos de penalização, a avaliação relativa às dimensões de "resultados" e "serviço" seria de "muito bom", pelo que se admite, ainda que não tenha havido avaliação da "satisfação dos utentes", que a avaliação global de desempenho não seria inferior.

No quadro seguinte apresentam-se os valores das deduções aplicadas ao longo do período de execução, verificando-se que o peso dos mesmos no total da remuneração se afigura negligenciável, com exceção do ano de 2011, em que, como referido, o montante de deduções foi mais significativo tendo representado cerca de 5% do total da remuneração. Importa ter presente que tendo a definição do Grupo de Referência do Hospital de Braga – nos termos do previsto na cláusula 43.ª do Contrato de Gestão – apenas ocorrido em 2015 (com aplicação no biénio 2016-2017), a avaliação dos resultados assistenciais do parceiro privado, em concreto dos parâmetros de desempenho do mesmo, não teve em consideração o exercício de *benchmarking* que o Contrato de Gestão prevê que se realize entre os resultados da EGEST e os de unidades hospitalares comparáveis. Ainda assim, e porque o Contrato de Gestão prevê um mecanismo de melhoria contínua, esta limitação não impediu a efetiva monitorização dos referidos parâmetros, que se concretizou contudo numa lógica apenas individual e não relativa, como seria desejável.

Página 165 de 332

# Quadro 25 - Deduções aplicadas à EGEST

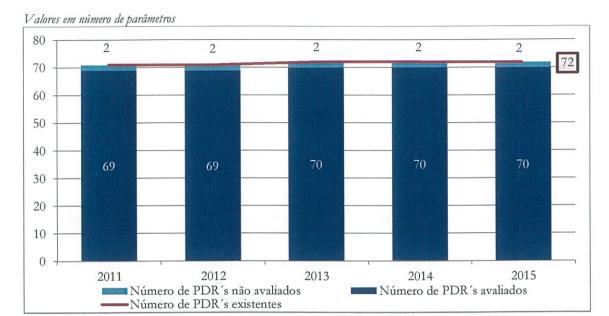
Valores em milhares de euros

Deduções	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Falhas específicas	15	526	436	366	236	242
Transferências indevidas do Internamento	15	472	435	366	236	242
Transferências indevidas RNCCI	0	54	0	0	0	0
Falhas de desempenho de resultado	128	n.d.	81	237	189	321
Taxa Primeiras Consultas	128	n.d.	0	133	120	184
Taxa de execução de relatórios operatórios sobre						
o total de intervenções cirúrgicas	0	n.d.	31	0	0	5
Taxa de ocorrência de úlceras de pressão	0	n.d.	0	12	0	49
Taxa de altas com nota de alta hospitalar	0	n.d.	19	0	0	0
Taxa de execução de técnicas com		,				
consentimento informado	0	n.d.	31	92	69	84
Falhas de desempenho de serviço	0	367	27	0	0	0
A codificação dos Episódios de Internamento e das Intervenções em Cirurgia de Ambulatório é realizada dentro dos prazos estabelecidos no regulamento interno do núcleo de codificação.	0	367	27	0	0	0
Número de Episódios de Internamento e de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório codificados fora do prazo estabelecido no regulamento interno do núcleo de codificação / Número de Episódios de Internamento e de	0	0	0	0	0	0
Total sem aplicação dos limites contratuais	143	892	543	604	426	563
Valor máximo aplicável (5% da sua						
remuneração base anual) às falhas de	5.165	5.103	5.941	6.375	6.703	6.944
desempenho de resultado e de serviço						
Total de deduções aplicadas pela falhas						
específicas, de desempenho de resultado e de	143	5.628	543	604	426	563
serviço				1,14,111		
	Борож				1	10 100 CO

<u>Fonte</u>: Relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST e relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSN.

No gráfico seguinte apresenta-se uma súmula do número de parâmetros de desempenho de resultado previstos no contrato, verificando-se que, do total, apenas 2 desses indicadores não foram avaliados ao longo do período de execução do contrato, em virtude da dificuldade de obtenção de dados relativos à área de influência do Hospital de Braga.

<u>Gráfico 55 - Parâmetros de desempenho de resultado existentes e respetiva</u> <u>desagregação em avaliados e não avaliados</u>



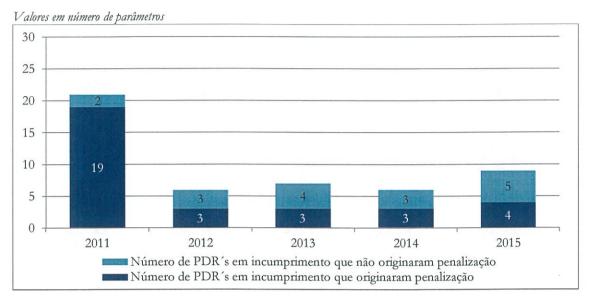
Fonte: Informação disponibilizada pela ARSN.

Por outro lado e de entre o total dos parâmetros de desempenho de resultado que se encontraram em incumprimento em cada um dos anos, existiram, de facto, alguns que não deram origem a deduções, por ter sido ultrapassada a produção prevista, caso em que não se aplica a dedução por não cumprimento dos tempos médios de espera de referência<sup>71</sup>.

agina 167 de 332 7

<sup>71</sup> Incluem-se nestes casos os indicadores "tempo médio de resposta para realização de primeira consulta", "tempo médio para internamento cirúrgico programado" e "tempo médio para intervenção em cirurgia de ambulatório".

Gráfico 56 – Parâmetros de desempenho de resultado avaliados que se encontram em incumprimento e que originaram (ou não) penalização



Fonte: Informação disponibilizada pela ARSN.

140. No que se refere às falhas específicas, importa esclarecer que, de acordo com o previsto contratualmente, a mesmas encontram-se relacionadas com a transferência ou a referenciação indevida de utentes para outros hospitais do SNS e para ingresso na RNCCI. A aferição deste tipo de falhas efetua-se de acordo com o previsto nas cláusulas 32.ª e 34.ª do Contrato de Gestão, sendo a monitorização da EPC a este respeito efetuada através de processos de auditoria e inspeções.

141. Para além do mecanismo de deduções, o Contrato de Gestão prevê ainda a aplicação de multas, em casos de incumprimento das obrigações decorrentes do contrato ou das determinações emitidas pela EPC, apresentando-se, no *Quadro seguinte*, o valor anual das multas aplicadas, o qual foi sobretudo significativo no ano de 2011<sup>72</sup> – tal como se verificou também no caso das deduções –, sendo os valores relativos aos demais anos considerados relativamente reduzidos, quando comparados com o valor total de remuneração auferida pelo parceiro privado, ou até mesmo nulos, como aconteceu em 2014 e 2015.

<sup>72</sup> Ano da transferência do Estabelecimento Hospitalar para o novo edifício hospitalar.

## Quadro 26 - Multas aplicadas à EGEST

Valores em milhares de euros

Multas	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Serviço de Urgência <sup>(1)</sup>	379	379	0	О	0	0
Deveres de informação e monitorização	109	0	0	0	0	0
Outras atividades e monitorização (2)	0	1.403	0	0	0	0
Alteração estatutária da EGEST (3)	0	0	99	0	0	0
Subcontratação de serviços clínicos a terceiros (4)	93	93	93	93	0	0
Total	581	1.875	192	93	0	0

Fonte: Equipa de Projeto, a partir de dados disponibilizados pela ARSN.

Notas: (1) Multa no valor global de 757.948 euros por indisponibilidade do serviço de urgência em 2010 e 2011 e incumprimento das obrigações respeitantes ao regulamento de atividade do serviço de urgência em 2010.

- ② Acompanhamento da atividade, plano de transferência, confidencialidade dos dados pessoais, serviço de gestão de resíduos, qualidade assistencial/direitos dos utentes, serviço de segurança, sistemas de informação, radioterapia e hemodiálise e integração na rede de cuidados primários.
- (3) Alteração estatutária efetuada pela EGEST sem prévia autorização da EPC.
- (4) Multa no valor global de 372.370 euros por incumprimento, entre 2010 e 2013, de obrigações aplicáveis à contratação de terceiros: cópia dos subcontratos não enviada pela EGEST à EPC e celebração de subcontratos relativos a serviços clínicos sem autorização da EPC.

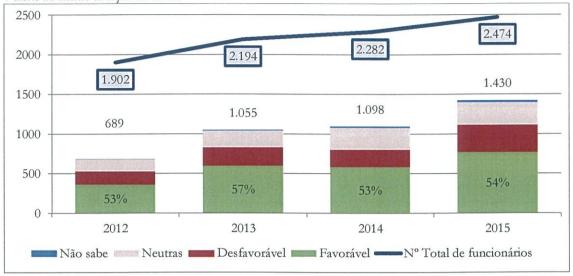
142. Ainda ao nível do processo de monitorização da qualidade dos serviços prestados pela EGEST, importa referir o facto de o Contrato de Gestão prever a realização, não só do inquérito de satisfação dos utentes, mas também de um inquérito de satisfação dos profissionais — de acordo com uma metodologia previamente aprovada pela EPC —, embora os resultados deste último inquérito não se traduzam em qualquer tipo de penalização, mas apenas na eventual necessidade de implementação de medidas de melhoria e/ou correção, quando forem alcançados resultados insatisfatórios.

Neste contexto, apresenta-se, no *Gráfico seguinte*, a evolução do número de inquéritos realizados aos colaboradores e considerados válidos, bem como a respetiva divisão por tipo de resposta: favorável, desfavorável ou neutra.

Página 160 de 332 1

<u>Gráfico 57 – Evolução do número de inquéritos válidos e respetiva desagregação</u> <u>por resultados obtidos</u>

Valores em número de inquéritos validos



Fonte: Equipa de projeto, a partir dos Relatórios de Satisfação dos Colaboradores produzidos pela EGEST.

143. Relativamente aos indicadores de acesso previstos contratualmente vejamos, nomeadamente, (i) a percentagem de primeiras consultas no total de consultas externas realizadas (cfr. Gráfico 59), (ii) a percentagem da lista de inscritos para cirurgia (LIC) com tempo de espera menor ou igual ao Tempo Máximo de Resposta Garantido (cfr. Gráfico 60) e (iii) percentagem de primeiras consultas realizadas em cumprimento do TMRG (cfr. Gráfico 61), bem como, ainda, (iv) o peso dos utentes fora da área de influência no total da produção prevista (cfr. Gráfico 17), este último no contexto da verificação do cumprimento da EGEST quanto às restrições que lhe foram impostas no âmbito do Contrato de Gestão a este respeito.

O peso dos terceiros pagadores na produção prevista do Hospital de Braga foi, no decorrer do período analisado, sempre inferior a 3%.

Quadro 27 - Terceiros pagadores

Valores em milhares de euros

Hospital de Braga PPP	2012	2013	2014	2015
Produção prevista	108.441	118.333	119.512	120.228
Terceiros Pagadores	1.879	2.029	2.414	2.233
% dos Terceiros pagadores na PP	2%	2%	2%	2%

<u>Fonte</u>: Dados de produção disponibilizados pela ARSN e Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSN.

Por outro lado, no que se refere ao peso dos utentes fora da área de influência, verifica-se que a EGEST apresentou sempre valores bastante abaixo do limite de 10% estabelecido contratualmente, tal como se constata a partir do gráfico seguinte.

Nos termos da cláusula 38.ª do Contrato de Gestão, salvo nos casos autorizados pela EPC, a produção efetiva prestada a utentes que não pertençam à área de influência do Hospital de Braga não pode incluir, em cada ano, em relação ao número de doentes equivalentes em internamento e de ambulatório, ao número de consultas externas ou ao número de sessões de hospital de dia, uma percentagem superior a 10% da produção prevista prestada a utentes que não pertençam à área de influência do Hospital de Braga.

Os n.ºs 11 e 13 da mesma cláusula 38.ª estabelecem que, sendo atingida a percentagem referida no parágrafo anterior, a EGEST deve referenciar ou transferir os utentes que não pertençam à área de influência do Hospital de Braga para outros estabelecimentos hospitalares do SNS.

No gráfico seguinte apresenta-se a evolução da percentagem de produção relativa a utentes não pertencentes à área de influência que foram atendidos no Hospital de Braga no período em análise, constatando-se que o Hospital de Braga cumpriu sempre o referido limite contratual estabelecido.

<u>Gráfico 58 – Percentagem de produção relativa a utentes não pertencentes à Área de Influência</u>



Fonte: Dados disponibilizados pela ARSN.

Nota: Os valores do limite máximo contratual referem-se a valores determinados em cada ano – nos termos do previsto contratualmente – para efeitos de avaliação dos respetivos parâmetros de desempenho.

Página 171 de 332

Relativamente à percentagem de primeiras consultas no total de consultas externas realizadas, conclui-se, a partir do gráfico seguinte, que nos três últimos anos de análise a EGEST incumpriu sempre os valores de referência, tendo sido, nesses anos, aplicadas deduções relativas a este parâmetro de desempenho.

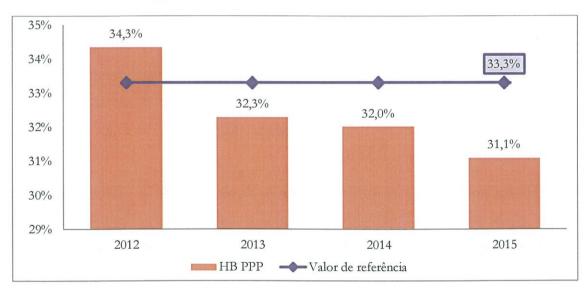


Gráfico 59 - Percentagem de Primeiras Consultas face ao Total de Consultas

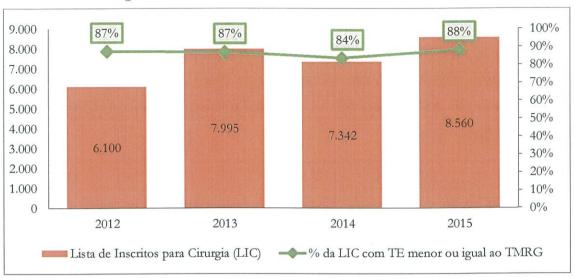
<u>Fonte</u>: Informação disponibilizada pela ACSS e Relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST produzidos pela ARSN.

Nota: Os valores de referência referem-se aos valores determinados em cada ano – nos termos do previsto contratualmente – para efeitos de avaliação dos respetivos parâmetros de desempenho.

Relativamente à percentagem de inscritos na lista de espera para intervenções cirúrgicas com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, conclui-se, a partir do gráfico seguinte, que a mesma manteve-se sempre acima dos 80%, evidenciando uma relativa manutenção dos valores ao longo do período analisado, apesar da ligeira deterioração verificada em 2014, ano em que também se verificou uma redução da dimensão da lista de espera.

Gráfico 60 – LIC versus percentagem da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG

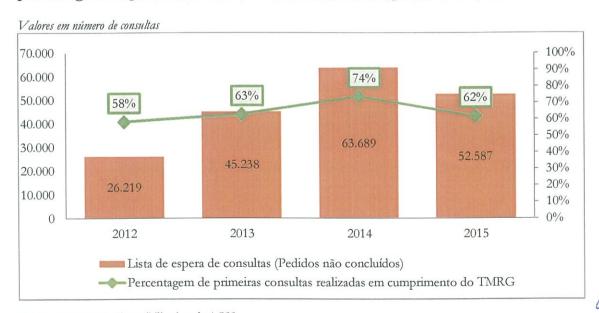
Valores em número de cirurgias



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

Já no que se refere às consultas, a partir do gráfico seguinte verifica-se que não obstante o aumento das listas de espera, de 2013 para 2015, o peso das primeiras consultas realizadas dentro do TMRG manteve-se relativamente constante, apesar do pico verificado em 2014.

Gráfico 61 – Lista de espera de consultas (pedidos não concluídos) versus percentagem de primeiras consultas realizadas em cumprimento do TMRG



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

Página 173 de 332 7

### 3.2.1.1.10. Breve análise económico-financeira do parceiro privado

144. A análise económico-financeira que se apresenta de seguida foi elaborada tendo por base (i) os relatórios e contas e os balancetes do parceiro privado relativos ao período compreendido entre 2012 e 2015, (ii) o balancete do parceiro privado relativo ao exercício de 2016, (iii) o modelo financeiro relativo ao caso base do projeto, e (iv) informação disponibilizada pela ARSN, não tendo a Equipa de Projeto procedido a qualquer validação ou auditoria destes elementos.

145. De acordo com o quadro seguinte, onde se apresentam os principais indicadores operacionais do parceiro privado, verifica-se que as receitas<sup>73</sup> evidenciaram uma tendência de crescimento entre 2012 e 2015, tendo passado, respetivamente, de 121,1 milhões de euros para 151,5 milhões de euros, a que correspondeu uma taxa de crescimento média anual de 8% neste período. Em 2016 assistiu-se a uma quase manutenção do valor das receitas, em torno dos 150,0 milhões de euros, não obstante a não renovação dos protocolos relativos ao VIH/SIDA e à esclerose múltipla, na sequência da decisão tomada por parte do Ministério da Saúde.

Quadro 28 - Evolução dos principais indicadores operacionais, entre 2012 e 2016

Valores em milhares de euros

PPP Hospital de Braga	2012	2013	2014	2015	2016
Receita	121.116	134.141	144.479	151.475	150.009
Taxa de crescimento		11%	8%	5%	-1%
CEVMC	(43.885)	(45.310)	(48.898)	(52.207)	(53.385)
FSE	(21.674)	(23.445)	(23.586)	(23.504)	(24.707)
Custos com pessoal	(59.225)	(63.869)	(65.190)	(67.502)	(71.149)
Outros	(60)	(67)	(57)	(49)	(37)
EBITDA	(3.728)	1.451	6.748	8.213	730
Margem EBITDA	-3%	1%	5%	5%	0%

Fonte: Equipa de Projeto, a partir de valores constantes dos balancetes e R&C do parceiro privado.

<sup>73</sup> Importa ter presente que as receitas incluem não só os pagamentos do Estado, mas também as demais receitas auferidas pelo parceiro privado (onde se incluem as receitas comerciais de terceiros, os terceiros pagadores e as taxas moderadoras).

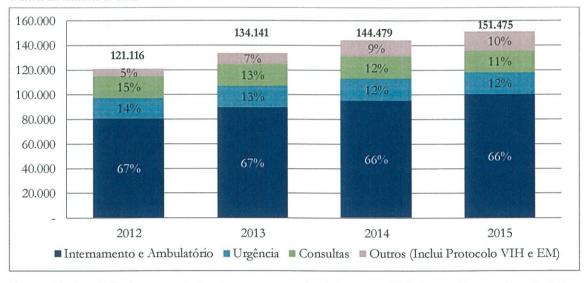
Como referido, em 2015 as receitas ascenderam aos referidos 151,5 milhões de euros, representando um acréscimo de cerca de 5% face ao ano anterior, explicado, em grande medida, (i) pelo alcance generalizado do nível de produção hospitalar contratada com a EPC, que registou um aumento em quase todas as linhas de produção face ao ano anterior, (ii) pela maior complexidade relativa à atividade no internamento e ambulatório, (iii) pelo aumento da remuneração referente aos protocolos (VIH/SIDA e esclerose múltipla) e programas específicos atribuídos ao Hospital de Braga e (iv) por uma maior incidência de produção assumida por terceiros pagadores, cujos efeitos foram ligeira e parcialmente mitigados pela aplicação do mecanismo contratual de revisão dos preços dos serviços clínicos em função do IPC (que neste ano se traduziu num efeito negativo).

Relativamente à evolução das receitas operacionais por tipologia de serviço, a partir do gráfico *infra* é possível concluir que a evolução positiva registada entre 2012 e 2015 pelas receitas deveu-se principalmente à linha de produção de internamento e ambulatório e às outras receitas — onde se incluem os protocolos (VIH/SIDA e esclerose múltipla) e os programas específicos atribuídos ao Hospital de Braga — que no seu conjunto apresentaram uma taxa de crescimento média anual de aproximadamente 10%, valor superior à taxa de crescimento de 8% que, como referido anteriormente, apresentou o total das receitas no mesmo período. O crescimento das receitas relativas ao internamento e ambulatório é explicado, principalmente, pelo aumento da produção hospitalar verificado nestas áreas de atividade, bem como pelo aumento generalizado da complexidade dos respetivos atos médicos.

gina 175 de 332

<u>Gráfico 62 – Evolução das receitas operacionais por tipologia de serviço, entre 2012</u> e 2015





Fonte: Equipa de Projeto, a partir de valores constantes dos balancetes e R&C do parceiro privado e de dados disponibilizados pela ARSN.

Da análise do gráfico apresentado, verifica-se, também, que a linha de internamento e ambulatório assumiu um peso preponderante no que respeita aos proveitos obtidos pelo parceiro privado, representando cerca de dois terços do total das receitas operacionais ao longo de do período compreendido entre 2012 e 2015. A atribuição dos protocolos de financiamento para o tratamento de VIH/SIDA, em 2013, e de esclerose múltipla, em 2014, e do programa de Hepatite C, em 2015, conduziu, por sua vez, a um aumento do peso das outras receitas no total dos proveitos do parceiro privado entre 2012 e 2015, por contrapartida de uma redução do peso das linhas de urgência e de consultas externas. Esta tendência de evolução deverá inverter-se em 2016, dada a não renovação dos protocolos relativos ao VIH/SIDA e à esclerose múltipla.

**146.** No que concerne aos custos operacionais do Hospital de Braga, apresenta-se no gráfico *infra*, a evolução dos mesmos por rubrica, entre 2012 e 2015.

Valores em milhares de euros 160.000 143.264 137.738 132.695 140.000 124.853 120.000 100.000 36% 36% 34% 80.000 35% 60.000 40.000 47% 48% 47% 47% 20.000 2012 2013 2014 2015

■ FSE's

Outros gastos e perdas

Gráfico 63 - Evolução dos custos operacionais, por rubrica, entre 2012 e 2015

Fonte: Equipa de Projeto, a partir de valores constantes dos balancetes e R&C do parceiro privado.

■ CMVMC

■ Custos com pessoal

Mediante a análise do gráfico apresentado, verifica-se que a evolução dos custos se pautou também por uma tendência crescente, tendo por base uma taxa de crescimento média anual de cerca de 5% entre 2012 e 2015. Esta evolução decompõe-se, por rubrica, da seguinte forma: (i) CMVMC, que apresentou uma taxa de crescimento média anual de 6%, (ii) FSE, cuja taxa de crescimento média anual foi de 3%, e (iii) custos com pessoal, com uma taxa de crescimento média anual de 4% (salientando-se que o peso relativo desta rubrica foi, em média, de 47% do total de custos do Hospital de Braga).

Relativamente aos FSE's, importa referir que, do valor total apresentado no final de 2015 (23,5 milhões de euros), cerca de 12% (2,7 milhões de euros) eram relativos a gastos incorridos com serviços prestados por empresas do grupo do parceiro privado, sobretudo relativos a serviços partilhados.

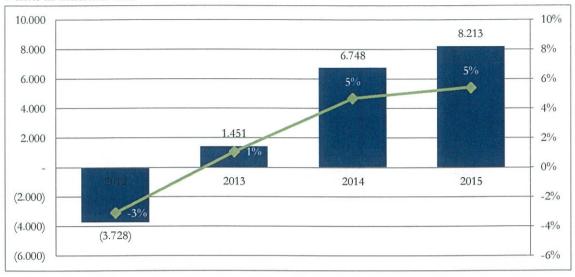
147. Conjugada a evolução das receitas com a evolução dos custos operacionais, assistiu-se a uma apreciação significativa da capacidade de geração de *cash flow* operacional do parceiro privado ao longo do período em análise, tendo o EBITDA passado de 3,7 milhões de euros negativos em 2012, para 8,2 milhões de euros em 2015, tal como se observa no gráfico seguinte. Em 2016, devido à não renovação dos protocolos para o tratamento do VIH/SIDA e da esclerose múltipla, assistiu-se a uma redução significativa do EBITDA, que ainda assim permaneceu positivo.

igina 177 de 332

1. Jh.

Gráfico 64 – Evolução do EBITDA e respetiva margem, entre 2012 e 2015

Valores em milhares de euros

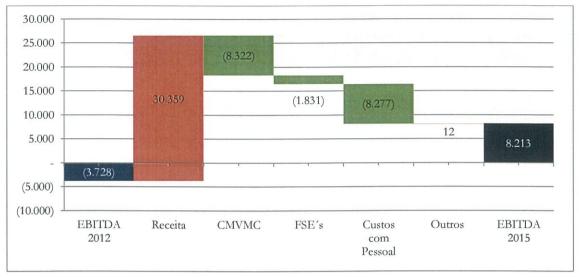


Fonte: Equipa de Projeto, a partir de valores constantes dos balancetes e R&C do parceiro privado.

A partir de 2012, verificou-se uma significativa melhoria do EBITDA, cifrando-se este em 6,7 milhões de euros em 2014, a que correspondeu uma margem EBITDA substancialmente superior às margens registadas nos períodos homólogos anteriores, de 5%, valor que se manteve em 2015, ano em que o EBITDA ascendeu aos 8,2 milhões de euros. Esta evolução é explicada, principalmente, pela variação positiva registada pelas receitas entre 2012 e 2014, que no seu conjunto representaram um aumento de cerca de 23 milhões de euros (19%), montante superior ao aumento de 13 milhões de euros verificado nos custos operacionais em igual período.

Gráfico 65 - Evolução do EBITDA gerado pelo parceiro privado, entre 2012 e 2015





<u>Fonte</u>: Equipa de Projeto, a partir de valores constantes dos balancetes e R&C do parceiro privado e de dados disponibilizados pela ARSN.

Neste contexto, verificou-se entre 2012 e 2015 uma melhoria da capacidade de geração de *cash flows* por parte do parceiro privado, traduzida num aumento significativo da margem EBITDA, de -3% para 5%, resultante, em grande medida, da melhoria da eficiência operacional e de um efeito de diluição do peso dos custos operacionais por via do referido crescimento expressivo das receitas, para o qual foi determinante o início do pagamento da remuneração relativa aos protocolos de VIH/SIDA, em 2013, e de esclerose múltipla, em 2014, como referido anteriormente.

Com efeito, caso nas receitas do parceiro privado não fosse contemplada a remuneração relativa ao financiamento concedido ao parceiro privado ao abrigo de ambos os protocolos, as receitas e o EBITDA, assumindo a remuneração da respetiva atividade nos termos estabelecidos no Contrato de Gestão, seriam, naturalmente, inferiores aos apurados, contudo, ainda assim, e tal como verificado em 2016, o EBITDA e a respetiva margem, ainda que modestamente, seriam positivos em 2014 e 2015, tal como evidenciado no quadro seguinte.

ágina 179 de 332

Quadro 29 – Evolução dos principais indicadores operacionais sem protocolos VIH e EM, entre 2012 e 2015

Valores em milhares de euros

PPP Hospital de Braga	2012	2013	2014	2015
Receita sem protocolos VIH e EM	121.116	130.372	140.155	143.772
EBITDA sem protocolos VIH e EM	(3.728)	(2.318)	2.424	510
Margem EBITDA sem protocolos VIH e EM	-3%	-2%	2%	0%

Fonte: Equipa de Projeto, a partir de valores constantes dos balancetes e R&C do parceiro privado e de dados disponibilizados pela ARSN.

148. Quando comparada a evolução registada com aquela que havia sido estimada no caso base, verifica-se que o parceiro privado apresentou ao longo de todo o período analisado um desempenho operacional inferior ao inicialmente previsto, ainda que o nível de produção tenha excedido significativamente o previsto no caso base, como referido anteriormente. Com efeito, apesar de as receitas terem superado em larga medida aquelas que se encontravam estimadas (com desvios entre os 17% em 2012 e os 31% em 2015), a diferença verificada ao nível dos custos operacionais (que apresentaram desvios sempre superiores a 31% entre os valores reais e os previstos) foi proporcionalmente superior à das receitas. Ainda assim, a apreciação da *performance* operacional registada pelo parceiro privado entre 2012 e 2015 permitiu que o desvio existente entre a margem EBITDA prevista e a margem EBITDA apurada tenha diminuído ao longo deste período. Em 2016, na sequência da deterioração do desempenho operacional do parceiro privado, assistiu-se a uma inversão desta tendência de alinhamento das margens.

No que concerne aos gastos operacionais, constata-se que, apesar de em termos percentuais os desvios mais significativos se terem verificado na rubrica de FSE (que registou incrementos de 85% a 95% face aos valores estimados), em valor absoluto assistiuse, em média, a um acréscimo superior a 11,0 milhões de euros face aos valores projetados para cada um dos anos e para cada uma das rubricas de custo das vendas, de FSE e de gastos com pessoal. Relativamente aos FSE, conclui-se que no caso base foram significativamente subestimados pelo parceiro privado os gastos relativos a subcontratos, honorários e trabalhos especializados. No que diz respeito aos gastos com pessoal, os desvios verificados decorrem dos incrementos da estrutura de pessoal verificados em todos

os grupos profissionais comparativamente com a prevista<sup>74</sup>: no Contrato de Gestão foi incorporada uma estimativa de necessidades de recursos humanos de 1.768 ETC<sup>75</sup>, sendo que com referência ao final de junho de 2016 o número de recursos humanos correspondeu a 2.758 ETC, 56% acima do referencial mencionado.

Note-se ainda que o maior nível de atividade face ao previsto, se por um lado possibilitou que em 2015, pela primeira vez no período analisado, o EBITDA gerado (8,2 milhões de euros) tenha sido superior ao estimado em valor absoluto (7,7 milhões de euros), por outro lado conduziu a que a respetiva margem (5%) tenha sido inferior à prevista (8%), verificando-se, assim, uma rentabilidade operacional inferior à projetada, pelo que a eficiência operacional que havia sido inicialmente considerada não chegou a ser alcançada em nenhum dos anos analisados. Este facto tomou ainda maior expressão em 2016, na sequência da não renovação dos protocolos respeitantes ao tratamento do VIH/SIDA e da esclerose múltipla, os quais, não se encontrando previstos no caso base, permitiram que entre 2013 e 2015 as diferenças existentes entre os valores projetados e os apurados fossem atenuadas, o que não se verificou, assim, no ano de 2016, pelo que os desvios observados neste ano tornaram a ser mais significativos.

Quadro 30 - Comparação dos principais indicadores operacionais com os estimados no caso base, entre 2012 e 2016

Valores em milhares de euros

DIAMETER STATE		2012	200		2013			2014			2015		2016		
PPP Hospital de Braga	Caso Base	Real	Desvio												
Reœita	103.270	121.116	17%	108.889	134.141	23%	112.176	144.479	29%	115.429	151.475	31%	118.632	150.009	26%
Tana de crescimento				5%	11%		3%	8%		3%	5%		3%	-1%	
CEVMC	(33.203)	(43.885)	32%	(35.272)	(45.310)	28%	(36.384)	(48.898)	34%	(37.403)	(52.207)	40%	(38.429)	(53.385)	39%
FSE	(11.714)	(21.674)	85%	(12.001)	(23.445)	95%	(12.432)	(23.586)	90%	(12.721)	(23.504)	85%	(13.104)	(24.707)	89%
Custos com pessoal	(49.575)	(59.225)	19%	(51.967)	(63.869)	23%	(54.052)	(65.190)	21%	(56.688)	(67.502)	19%	(58.568)	(71.149)	21%
Outros	(869)	(60)	-93%	(869)	(67)	-92%	(869)	(57)	-93%	(869)	(49)	-94%	(869)	(37)	-96%
EBITDA	7.908	(3.728)	-147%	8.779	1.451	-83%	8.438	6.748	-20%	7.748	8.213	6%	7.662	730	-90%
Margem EBITDA	8%	-3%		8%	1%		8%	5%		7%	5%		6%	0%	

<u>Fonte</u>: Equipa de Projeto, a partir de valores constantes dos balancetes e R&C do parceiro privado e do modelo financeiro relativo ao caso base.

Página 181 de 332

<sup>74</sup> Salientando-se que nem todos os incrementos da estrutura de pessoal foram submetidos pelo parceiro privado a autorização pela EPC.

<sup>75</sup> Equivalentes a tempo completo (ETC) considerando horários equivalentes de 35 horas semanais.

149. O efeito positivo resultante da conjugação da melhoria verificada ao nível da capacidade de geração de *cash flows* do parceiro privado com a redução dos gastos relativos a imparidade, provisões e amortizações, registada entre 2012 e 2015, foi parcialmente atenuado pela diminuição dos outros ganhos (líquidos) observada entre 2013 e 2015, pelo que a evolução do resultado operacional (EBIT), ainda que positiva, foi menos acentuada que a registada ao nível do EBITDA.

Estes outros ganhos (líquidos), de carácter não recorrente, respeitaram, em grande medida, a correções relativas a exercícios anteriores, as quais em 2013 resultaram (i) da anulação dos gastos referentes aos serviços administrativos e operacionais prestados no Hospital de Braga pela empresa JMS — Prestação de Serviços Administrativos e Operacionais, ACE entre 2009 e outubro de 2012 (6,3 milhões de euros)<sup>76</sup>, (ii) dos acertos da estimativa do acréscimo de proveitos da produção de 2012, decorrente do fecho de contas com a EPC (1,4 milhões de euros), e, em sentido contrário, (iii) da anulação das faturas que haviam sido emitidas entre 2009 e 2012 pelo parceiro privado à EPC relativamente ao internato médico, cujos gastos são da responsabilidade do Hospital de Braga (4,0 milhões de euros).

Em 2014 e 2015, os outros ganhos (líquidos) obtidos com a realização de correções relativas a exercícios anteriores deveram-se, essencialmente, a acertos de faturação relativos ao protocolo para o tratamento de VIH/SIDA e aos medicamentos para o tratamento de doenças lisossomais, respeitando ainda a rendimentos relativos a faturação emitida à Sociedade Gestora do Edifício e a faturação, à EPC, de gastos incorridos (designadamente com assistência médica no estrangeiro, ajudas técnicas e indemnizações).

Já em 2016, o resultado operacional foi negativo em 3,9 milhões de euros, dado que o EBITDA gerado e os outros ganhos (líquidos) não foram suficientes para fazer face às perdas por imparidade, amortizações e provisões do exercício.

<sup>76</sup> Esta anulação de gastos foi efetuada depois de, na sequência da determinação da EPC, a JMS - Prestação de Serviços Administrativos e Operacionais, ACE ter procedido à anulação da faturação emitida ao parceiro privado e à devolução do montante por este pago entre 2009 e outubro de 2012, período durante o qual o parceiro privado integrou o ACE, sem autorização prévia da EPC, a qual apenas foi concedida em janeiro de 2013, com efeitos retroativos a 2 de outubro de 2012.

Quadro 31 – Evolução dos outros rendimentos e ganhos, gastos e perdas e resultados, entre 2012 e 2016

Valores em milhares de euros

PPP Hospital de Braga	2012	2013	2014	2015	2016
EBITDA	(3.728)	1.451	6.748	8.213	730
Imparidade, provisões e amortizações	(7.301)	(6.368)	(6.527)	(5.462)	(6.864)
Outros não recorrentes	1.655	4.421	2.127	1.152	2.254
EBIT	(9.374)	(497)	2.348	3.904	(3.879)
Margem EBIT	-8%	0%	2%	3%	-3%
Gastos líquidos de financiamento	(827)	(460)	(327)	(500)	(515)
Imposto	(132)	(141)	(749)	(995)	351
Resultado líquido	(10.333)	(1.097)	1.272	2.409	(4.044)

Fonte: Equipa de Projeto, a partir de valores constantes dos balancetes e R&C do parceiro privado e de dados disponibilizados pela ARSN.

Refletindo a apreciação da *performance* operacional e, entre 2012 e 2014, a redução dos gastos líquidos de financiamento, o resultado líquido do parceiro privado registou um aumento significativo entre 2012 e 2015, tendo passado de -10,3 milhões de euros para 2,4 milhões de euros, respetivamente.

Note-se, no entanto, que tendo parte da melhoria do desempenho operacional observada neste período resultado, como referido anteriormente, dos pagamentos efetuados ao abrigo dos protocolos de VIH/SIDA, em 2013, e de esclerose múltipla, em 2014, caso o resultado líquido do parceiro privado não incorporasse os pagamentos efetuados ao abrigo de ambos os protocolos, mas antes a remuneração da respetiva atividade nos termos estabelecidos no Contrato de Gestão, o resultado líquido, ainda que evoluísse positivamente, permaneceria negativo, como veio a suceder em 2016, na sequência da não renovação dos mesmos.

150. Ao contrário do verificado no período compreendido entre 2012 e 2014, em 2015, na sequência do referido apuramento de um EBITDA superior ao previsto e do reconhecimento dos outros ganhos (líquidos) *supra* mencionados, inexistentes no caso base, os resultados operacional e líquido do parceiro privado superaram os valores inicialmente estimados. Esta evolução positiva inverteu-se em 2016, com o apuramento de resultados operacional e líquido negativos, ao contrário do estimado no caso base.

agina 183 de 332

Quadro 32 - Comparação dos outros rendimentos e ganhos, gastos e perdas e resultados com os estimados no caso base, entre 2012 e 2016

Valores em milhares de euros

14.15 KELLEY		2012			2013		de litro	2014			2015	Oct 1		2016	
PPP Hospital de Braga	Caso Base	Real	Desvio	Caso Base	Real	Desvio	Caso Base	Real	Desvio	Caso Base	Real	Desvio	Caso Base	Real	Desvio
EBITDA	7.908	(3.728)	-147%	8.779	1.451	-83%	8.438	6.748	-20%	7.748	8.213	6%	7.662	730	-90%
Imp., prov. e amort.	(7.665)	(7.301)	-5%	(6.875)	(6.368)	-7%	(5.493)	(6.527)	19%	(5.371)	(5.462)	2%	(6.412)	(6.864)	7%
Outros não recorrentes	-	1.655	n.a.	-	4.421	n.a.	-	2.127	n.a.		1.152	n.a.	-	2.254	n.a.
EBIT	243	(9.374)	-3957%	1.904	(497)	-126%	2.945	2.348	-20%	2.377	3.904	64%	1.249	(3.879)	-411%
Margem EBIT	0%	-8%		2%	0%		3%	2%		2%	3%		1%	-3%	
Gastos líq. financiamento	(1.950)	(827)	-58%	(1.526)	(460)	-70%	(735)	(327)	-56%	(416)	(500)	20%	(196)	(515)	163%
Imposto	427	(132)	-131%	(100)	(141)	40%	(585)	(749)	28%	(520)	(995)	91%	(279)	351	-226%
Resultado líquido	(1.280)	(10.333)	707%	278	(1.097)	-495%	1.624	1.272	-22%	1.442	2.409	67%	774	(4.044)	-623%

<u>Fonte</u>: Equipa de Projeto, a partir de valores constantes dos balancetes e R&C do parceiro privado e do modelo financeiro relativo ao caso base.

151. Em termos financeiros, constata-se que, não obstante a evolução positiva registada, a estrutura financeira do parceiro privado revelou-se permanentemente desequilibrada, com os capitais próprios a apresentarem-se negativos ao longo de todo o período analisado e, consequentemente, com os capitais alheios a representarem a principal fonte de financiamento da sociedade.

Na origem dos capitais próprios negativos estiveram, por um lado, os prejuízos líquidos gerados pelo parceiro privado em 2009 e entre 2011 e 2013, e, por outro lado, e com maior significado, a correção realizada relativamente ao exercício de 2011, com um impacto negativo sobre os resultados transitados em 2012, no valor de 22,8 milhões de euros, na sequência do reconhecimento, pela Administração do Hospital de Braga, da ocorrência de "interpretações incorretas do contrato de gestão, relativamente a medicamentos, prestação de cuidados de saúde a cidadãos estrangeiros, aposentações provisórias e multas", conforme referido no relatório e contas de 2012 do parceiro privado<sup>77</sup>.

Perante esta evolução negativa e também para fazer face aos reembolsos e à amortização de dívida adiante referidos, os acionistas do parceiro privado procederam ao reforço dos capitais próprios da sociedade no montante de 17,5 milhões de euros entre 2010 e 2013, dos quais 7,5 milhões de euros relativos a prestações suplementares realizadas

<sup>77</sup> Este ajustamento resultou na sua quase totalidade, do não reconhecimento de acréscimos de produção do SNS que haviam sido contabilizados pelo parceiro privado em 2011, tendo sido despoletado pelos processos de conferência aos acertos de contas dos anos de 2009, 2010 e 2011, entre a EPC e o parceiro privado, que apenas terminaram em agosto de 2012.

entre 2010 e 2012 nos termos do acordo de subscrição e realização de capital<sup>78</sup>, e os restantes 10,0 milhões de euros referentes a prestações suplementares realizadas em 2012 (8,0 milhões de euros) e em 2013 (2,0 milhões de euros) ao abrigo do acordo de obrigações e garantias dos acionistas.

Note-se, contudo, que não obstante a capitalização do parceiro privado e o apuramento de resultados líquidos positivos pela sociedade em 2014 e 2015, os seus capitais próprios mantiveram-se negativos ao longo de todo o período analisado.

No que diz respeito ao endividamento, constata-se ter apresentado uma tendência decrescente até 2015, ano em que o mesmo se cifrou em 11,1 milhões de euros, na sequência do reembolso do financiamento contratado em 2009 <sup>79</sup> e dos pagamentos realizados no âmbito dos contratos de locação financeira celebrados em 2011 <sup>80</sup> (reembolsos e pagamentos estes que, no seu conjunto, ascenderam a 13,8 milhões de euros entre 2012 e 2015, inclusive), tendo, contudo, a redução por estes permitida sido parcialmente compensada pela contratação, em 2014, de um programa de papel comercial <sup>81</sup>, no montante de 4,55 milhões de euros, o qual foi posteriormente incrementado em 1,0 milhões de euros no decurso 2015. Em 2016 tornou a assistir-se a um aumento do financiamento angariado pelo parceiro privado mediante o recurso ao programa de papel comercial, o que permitiu a realização dos pagamentos devidos ao abrigo dos contratos de locação financeira, tendo no final do exercício a dívida ascendido a aproximadamente 13,0 milhões de euros.

Página 185 de 332

<sup>78</sup> Nos termos do acordo de subscrição e realização de capital, que constitui o Anexo IV ao Contrato de Gestão, para além dos 4,0 milhões de euros de capital social e 5,5 milhões de euros de prestações suplementares realizados em 2009, foram realizadas prestações suplementares no valor de 2,5 milhões de euros a título de obrigações de subscrição (1,5 milhões de euros em 2010 e 1,0 milhões de euros em 2011) e 5,0 milhões de euros a título de obrigações de financiamento contingente (2012).

<sup>79</sup> O contrato de financiamento celebrado em 2009, pelo valor de 10,0 milhões de euros e que constitui o Apêndice 1 ao Anexo III ao Contrato de Gestão, teve por finalidade o pagamento da contrapartida devida pela transmissão do estabelecimento hospitalar do Hospital de São Marcos para o parceiro privado, de 15,0 milhões de euros, montante ao qual foi deduzido o valor de existências e de imobilizado que foram também transferidas para o parceiro privado, de aproximadamente 6,0 milhões de euros.

<sup>80</sup> Os contratos de locação financeira celebrados em 2011, que são parte integrante do contrato de financiamento que constitui o Apêndice 1 ao Anexo III ao Contrato de Gestão, no valor de aproximadamente 22,0 milhões de euros, destinaram-se à aquisição de equipamento médico, informático e geral.

<sup>81</sup> Este programa de papel comercial resulta do contrato de organização, montagem, registo e colocação de emissão particular de papel comercial, celebrado em 29 de dezembro de 2014, entre o parceiro privado, os seus acionistas e a Caixa Central de Crédito Agrícola Mútuo, C.R.L.. Em cumprimento do contrato de financiamento constante do Apêndice 1 ao Anexo III do Contrato de Gestão, para a celebração deste contrato foi obtido o consentimento do banco agente. Adicionalmente, o parceiro privado dá conhecimento à EPC de cada emissão de papel comercial realizada ao abrigo deste contrato.

Não obstante a redução do nível de endividamento do parceiro privado até 2015, a sua estrutura financeira caracterizou-se por um permanente desequilíbrio, na sequência da apresentação contínua de capitais próprios negativos.

Por outro lado, conjugada a apreciação da *performance* operacional do parceiro privado com a redução do nível de endividamento, assistiu-se até ao final de 2015 a uma apreciação significativa do rácio de Dívida/EBITDA, evolução que se inverteu no exercício de 2016, na sequência da não renovação dos protocolos para o financiamento do tratamento do VIH/SIDA e da esclerose múltipla, facto que, como referido anteriormente, conduziu a uma deterioração da *performance* operacional do parceiro privado e, consequentemente, a um aumento do seu nível de endividamento, ambos os efeitos penalizadores para a evolução do rácio de Dívida/EBITDA.

Quadro 33 - Estrutura de financiamento, entre 2012 e 2016

Valores em milhares de euros

PPP Hospital de Braga	2012	2013	2014	2015	2016
Dívida *	21.299	15.083	13.225	11.080	12.985
Capitais Próprios	(28.043)	(27.141)	(25.869)	(23.460)	(27.504)
Gearing **	-316%	-125%	-105%	-89%	-89%
Dívida / EBITDA	-5,7x	10,4x	2,0x	1,3x	17,8x

Fonte: Equipa de Projeto, a partir de valores constantes dos balancetes e R&C do parceiro privado.

Notas: \* Dívida inclui as rubricas de financiamentos obtidos e fornecedores de imobilizado.

152. Note-se ainda que, caso o resultado líquido do parceiro privado não incorporasse os pagamentos efetuados até ao final de 2015 ao abrigo dos protocolos de VIH/SIDA e de esclerose múltipla, na sequência da não acumulação dos respetivos proveitos, os capitais próprios, naturalmente, apresentar-se-iam ainda mais negativos (não sendo assumido no quadro seguinte qualquer incremento de dívida que eventualmente pudesse daqui resultar), tal como veio a verificar-se em 2016.

<sup>\*\*</sup> Gearing resulta do cálculo Dívida / (Capital Próprio + Dívida).

# Quadro 34 – Estrutura de financiamento (estimada) sem protocolos VIH e EM, entre 2012 e 2015

Valores em milhares de euros

PPP Hospital de Braga	2012	2013	2014	2015
Dívida *	21.299	15.083	13.225	11.080
Capitais Próprios sem protocolos VIH e EM **	(28.043)	(30.909)	(33.961)	(39.256)
Gearing sem protocolos VIH e EM ***	-316%	-95%	-64%	-39%

Fonte: Equipa de Projeto, a partir de valores constantes dos balancetes e R&C do parceiro privado.

Notas: \* Dívida inclui as rubricas de financiamentos obtidos e fornecedores de imobilizado.

153. Quando comparada com aquela que havia sido estimada no caso base, verifica-se que, na sequência da apresentação de capitais próprios negativos e de um nível de endividamento superior ao previsto, a estrutura de financiamento do parceiro privado apresentou-se permanentemente desequilibrada, como referido, não se prevendo, naturalmente, tal desequilíbrio no caso base, no qual se perspetivava uma evolução consideravelmente mais positiva que a efetivamente observada, em virtude de o parceiro privado ter previsto uma estrutura de custos menos onerosa do que a realmente verificada, tal como melhor se detalha no ponto 3.2.1.1.4. do presente Relatório.

No que concerne ao rácio de Dívida/EBITDA, conclui-se que não obstante a tendência positiva observada até 2015, o valor apurado ao longo de todo o período foi permanentemente mais agressivo do que o que se encontrava previsto no caso base.

Quadro 35 – Comparação da estrutura de financiamento com a estimada no caso base, entre 2012 e 2015, entre 2012 e 2015

Valores em milhares de euros

		2012			2013			2014			2015			2016	
PPP Hospital de Braga	Caso Base	Real	Desvio												
Dívida *	19.745	21.299	8%	12.042	15.083	25%	7.860	13.225	68%	4.260	11.080	160%	4.403	12.985	195%
Capitais Próprios	16.565	(28.043)	n.a.	16.843	(27.141)	n.a.	17.381	(25.869)	n.a.	17.144	(23.460)	n.a.	8.772	(27.504)	n.a.
Gearing **	54%	-316%		42%	-125%		31%	-105%		20%	-89%		33%	-89%	
Dívida /EBITDA	2,5x	-5,7x		1,4x	10,4x		0,9x	2,0x		0,5x	1,3x		0,6x	17,8x	

Fonte: Equipa de Projeto, a partir de valores constantes dos balancetes e R&C do parceiro privado e do modelo financeiro relativo ao caso base.

ágina 187 de 332

<sup>\*\*</sup> Capitais Próprios sem protocolos VIH e EM não consideram eventuais efeitos fiscais decorrentes da não consideração do valor dos protocolos nos resultados líquidos.

<sup>\*\*\*</sup> Gearing resulta do cálculo Dívida / (Capital Próprio + Dívida).

154. Conclui-se, portanto, com base nos indicadores apresentados supra, que a performance económico-financeira do parceiro privado ficou permanentemente aquém da que havia sido estimada no caso base, apesar de se ter assistido a um maior nível de atividade comparativamente com o previsto e da remuneração adicional relativa às atividades de tratamento de VIH/SIDA, entre 2013 e 2015, e de esclerose múltipla, em 2014 e 2015, ao abrigo de protocolos de financiamento não considerados inicialmente. Como referido anteriormente, estes protocolos não foram renovados em 2016, o que conduziu a uma deterioração do desempenho económico-financeiro, quer face ao caso base, quer face ao período homólogo anterior.

A verificação de um desempenho operacional inferior ao estimado justifica-se, assim, pelo facto de no caso base ter sido assumido um nível de eficiência operacional superior àquele que foi efetivamente alcançado pelo parceiro privado, o que levou, por um lado, e comparativamente com as projeções iniciais, à verificação de um crescimento dos gastos operacionais proporcionalmente superior ao das receitas estimadas, e, por outro lado, à apresentação de resultados operacionais e líquidos negativos até 2013 e em 2016, conducentes à apresentação e manutenção de capitais próprios negativos – não obstante os compromissos de capital realizados pelos acionistas ao abrigo dos compromissos assumidos no âmbito do Contrato de Gestão –, os quais foram agravados pela correção realizada em 2012 aos resultados transitados da sociedade, na sequência do reconhecimento, pela Administração do Hospital de Braga, da ocorrência de "interpretações incorretas do contrato de gestão, relativamente a medicamentos, prestação de cuidados de saúde a cidadãos estrangeiros, aposentações provisórias e multas".

Consequentemente, o endividamento situou-se em patamares constantemente superiores aos estimados e, ainda que no final de 2015 o mesmo se tenha revelado moderado face à capacidade de geração de cash flows do parceiro privado, em 2016, na sequência da não renovação dos protocolos relativos ao VIH/SIDA e à esclerose múltipla, constata-se que, para além de se manter excessivo face à estrutura de capitais, o nível de endividamento revelou-se também elevado face à reduzida performance operacional.

Neste sentido, poder-se-á concluir acerca da insustentabilidade da parceria do ponto de vista do parceiro privado, o que em larga medida se deve ao facto deste, nas suas projeções iniciais, ter sobrestimado a eficiência operacional que

seria atingida durante a execução do projeto, ao que acresce ainda o facto de os capitais próprios terem sido impactados por "interpretações incorretas do contrato de gestão, relativamente a medicamentos, prestação de cuidados de saúde a cidadãos estrangeiros, aposentações provisórias e multas", reconhecidas pela Administração do Hospital de Braga.

3.2.1.1.11. Análise crítica à (in)sustentabilidade do parceiro privado

155. Através da análise do CB Atualizado, com base nos dados reais de produção (cfr. n.º 123 do presente Relatório), constata-se a existência de um claro desvio entre aquela que havia sido a estrutura de custos estimada pelo parceiro privado aquando da apresentação da sua proposta e a estrutura de custos que realmente se veio a verificar (cfr. n.º 147 do presente Relatório). Tal como se concluiu no n.º 125 do presente Relatório, o desvio verificado entre aquilo que a EGEST tinha estimado e aquela que veio a ser a realidade em termos de capacidade de geração de cash flows justifica-se, sobretudo, por uma incorreta estimativa dos custos pelo parceiro privado. Quanto a este aspeto, considera-se que nem seria possível argumentar que o desvio, ou se quisermos a menor rendibilidade operacional do parceiro privado, se ficou a dever a um efeito de escala inferior ao estimado, uma vez que, na verdade, em termos globais, a remuneração da EGEST foi superior àquela que havia sido estimada, o que, ceteris paribus, para a mesma estrutura de custos fixos, deveria antes conduzir a margens operacionais mais positivas.

156. A validar esta conclusão encontra-se, desde logo, o facto de, tal como se detalha no n.º 125 do presente Relatório, quando analisado o Caso Base Inicial da EGEST com a produção realmente verificada (considerando não só a produção que deu origem a remuneração, mas antes toda a produção real, considerados naturalmente os expurgos relativos a atos considerados não válidos nos termos do previsto contratualmente), se constatar que as margens operacionais (margens EBITDA) daí resultantes são efetivamente superiores àquelas que se registaram na realidade para igual nível de receitas. Ou seja, mesmo considerando a produção realmente verificada, sem limites, isto é, uma produção não influenciada pela produção prevista, as margens operacionais da EGEST seriam sempre bastante inferiores às que resultariam do Caso Base Inicial. Este facto permite intuir que a principal causa da "má performance operacional" do parceiro privado, quando

ígina 189 de 332

Tagana 189 de 3

comparados os valores reais com os previstos no seu Caso Base Inicial, terá sido uma deficiente avaliação do risco de exploração por parte da EGEST, na parte relacionada com o risco de a estrutura de custos vir a revelar-se mais pesada do que inicialmente prevista. Aliás tanto assim é que, mesmo que se considerassem as receitas reais sem o efeito dos valores recebidos relativamente aos protocolos do VIH/SIDA e da esclerose múltipla<sup>82</sup>, as margens EBITDA que resultariam do CB Atualizado (isto é, considerando as receitas reais e a estrutura de custos que havia sido prevista pela EGEST) seriam substancialmente superiores (na ordem dos 20%) àquelas que foram alcançadas, mesmo considerando as receitas relativas aos referidos protocolos (que foram no máximo de 5%). Perante esta evidência, nem sequer se pode argumentar que a pior performance operacional do parceiro privado se ficou a dever ao facto de o mesmo ter produzido uma quantidade superior àquela que efetivamente recebeu, uma vez que, embora sendo esta a realidade verificada em algumas linhas de atividade, a verdade é que esse efeito foi isolado ao incorporar-se no CB Atualizado, do lado dos gastos operacionais, toda a produção efetiva sem consideração de quaisquer limites, e do lado das receitas, apenas as receitas efetivamente auferidas pela EGEST, depois de considerados os limites aplicáveis à produção efetiva. Tendo por base este pressuposto, considera-se que este exercício é representativo e não distorce a realidade, permitindo aferir com exatidão as verdadeiras razões de o parceiro privado ter evidenciado uma performance operacional bastante aquém daquela que havia previsto aquando da adjudicação do contrato - que, como já se viu, se deve essencialmente à circunstância de os custos de exploração serem efetivamente superiores aos inicialmente estimados pelo parceiro privado.

A este respeito, importará recordar que o risco inerente à exploração/estrutura de custos era, com efeito, um risco alocado ao parceiro privado, que este conhecia e teve a oportunidade de avaliar e sensibilizar, aquando do processo de formação dos preços que constaram da sua proposta. Por outras palavras, à luz das peças do concurso e do próprio Contrato de Gestão, a EGEST deve assumir o risco pelos seus próprios erros quanto a erradas projeções ou estimativas de custos que tem de incorrer para prestar os serviços clínicos ao abrigo do contrato.

<sup>82</sup> Que vigoraram entre 2013 e 2015 e cuja inclusão ou exclusão apenas tem efeitos ao nível das receitas da EGEST e não dos custos, uma vez que estes já estão considerados nos gastos operacionais da EGEST.

157. Em face do exposto, conclui-se, assim, que sem prejuízo de se admitir que a produção prevista tenha ficado aquém da produção efetiva, na verdade nunca se poderá utilizar este argumento para justificar a pior performance do parceiro privado ou a sua insustentabilidade. Com efeito, para esta insustentabilidade terá contribuído, sobretudo, (i) uma estrutura de custos mais penalizadora do que aquela que havia sido prevista pela EGEST, e (ii) o facto de o parceiro privado ter alegadamente realizado interpretações erradas de algumas cláusulas contratuais (tal como consta do seu relatório e contas), o que implicou a necessidade de correções relativas a exercícios anteriores, com impacto negativo em capitais próprios por acumulação de prejuízos (cfr. n.º 151 do presente Relatório). Sem prejuízo, admite-se que um nível de produção prevista mais ajustado à realidade da procura do Hospital de Braga poderia contribuir para mitigar esse efeito, já que, embora não resolvendo o problema dos desvios na estrutura de custos real do parceiro privado, permitiria certamente diluir uma parte adicional dos mesmos, contribuindo assim para o designado efeito de escala.

158. Em face desta situação, e tendo-se constatado, como referido, que a causa que efetivamente determinou os desvios operacionais verificados entre a performance operacional real e aquela que havia sido prevista no modelo financeiro, verificar-se-á, de seguida, se estes défices operacionais do parceiro privado – quando consideradas as suas receitas expurgadas dos valores dos protocolos –, se manteriam num cenário em que não fossem aplicados os limites à remuneração contratualmente estabelecidos. Na prática, aquilo que se pretende testar é, em que medida, o pagamento de toda a produção efetiva (considerada depois de aplicados os devidos expurgos, nos termos do previsto contratualmente) efetuada pelo parceiro privado permitiria colmatar os défices operacionais que se constatam quando analisados os valores de EBITDA expurgados dos valores de protocolos que foram pagos durante os exercícios de 2013 a 2015.

Em termos objetivos, e considerando a arquitetura contratual em vigor, este pressuposto equivaleria a considerar um montante de produção prevista, em cada ano, igual àquele que foi efetivamente o valor da produção real registada, que aliás vai ao encontro do procedimento que o próprio Tribunal de Contas recomenda à EPC em sede das recomendações emitidas no seu relatório relativo à "Auditoria à execução do Contrato de Gestão do Hospital de Braga", publicado em dezembro de 2016. Com efeito, o Tribunal de Contas refere, na página 3 do referido relatório, que "[o] parceiro público tem subordinado o volume de cuidados hospitalares prestados aos utentes às restrições orçamentais", recomendando,

Página 191 de 332

NE FIL

portanto, a este respeito, ao Senhor Ministro da Saúde "[i] nstruir a Administração Regional de Saúde do Norte, IP, para ajustar a produção anual contratada ao Hospital de Braga às necessidades de serviços de saúde da população da respetiva área de influência, garantindo a satisfação dos interesses dos utentes".

Neste sentido, apresenta-se, no quadro seguinte a simulação do valor de remuneração adicional que se estima para cada um dos anos analisados, caso fosse adotado o pressuposto referido *supra*, isto é, que o valor da produção prevista é, em cada ano, igual àquele que foi o valor da produção efetiva sem limites (ou seja, mais próximo da utilização hospitalar verificada nos últimos anos pela população da área de influência, conforme previsto na cláusula 37.ª do Contrato de Gestão). Embora sendo este um exercício teórico, o mesmo permite, de alguma forma, concluir que o Contrato de Gestão possui mecanismos capazes de sanar a aparente insustentabilidade financeira do parceiro privado, sem prejuízo de tal não significar nunca, naturalmente, que os níveis de rendibilidade do mesmo venham a equiparar-se àqueles que haviam sido previstos inicialmente, uma vez que tal desiderato só seria possível alcançar, caso o parceiro privado tivesse estimado a sua estrutura de custos com maior aderência à realidade.

# Quadro 36 - Simulação do impacto de toda a remuneração efetiva

Valores em milhares de euros

	2012	2013	2014	2015
VI 1 D '				
Valores Reais	01 744	90.242	06.060	101 277
Internamento e Ambulatório	81.744			101.276
Dias de Internamento prolongado	373	337	526	681
Consulta Externa	17.713	17.545	18.074	17.430
Urgência	13.534		14.436	14.342
Disponibilidade do Serviço de Urgência	3.402			3.623
Hospital de Dia Médico	2.049			1.410
Casos e Atos Específicos	0		15	115
Remuneração base anual da EGEST	118.815	127.500	134.050	138.875
Valores Adicionais*				
Internamento e Ambulatório	1.996	218	1.794	1.926
Dias de Internamento prolongado	0	0	0	0
Consulta Externa	993	1.883	2.131	3.194
Urgência	0	0	187	379
Disponibilidade do Serviço de Urgência	0	0	0	0
Hospital de Dia Médico	0	0	0	267
Casos e Atos Específicos	0	0	0	0
Acréscimo de Remuneração	2.989	2.101	4.112	5.766
EBITDA Real	(3.728)	1.451	6.748	8.213
Margem EBITDA Real	-3%			5%
EBITDA sem protocolos VIH e EM	(3.728)	(2.318)	2.366	510
Margem EBITDA sem protocolos VIH e EM	-3%			0%
ERITO 4 directed to lo Aminimo de Romanico	(739)	3.552	10.860	13.980
EBITDA Ajustado pelo Acréscimo de Remuneração	-1%			9%
Margem EBITDA Ajustada pelo Acrésamo de Remuneração	CONTRACTOR OF THE PARTY OF THE	STATE OF STREET	THE REPORT OF STREET	6.276
EBITDA Ajustado pelo Acréscimo de Remuneração sem protocolos VIH e EM	(739)			
Margem EBITDA Ajustada pelo Acrésamo de Remuneraçãosem protocolos VIH e EM	-1%	0%	4%	4%
Amortizações	(5.821)	(5.805)	(5.712)	(5.470)
Gastos líquidos de financiamento	(827)	(460)	(327)	(500)
Resultado antes de Imposto Ajustado pelo Acrésamo de Remuneração sem protocolos VIH e EM	(7.387)	(6.481)	439	306

Fonte: Equipa de Projeto, a partir de valores constantes dos balancetes, R&C do parceiro privado e de dados disponibilizados pela ARSN.

No caso das linhas de produção de internamento e ambulatório e da urgência os valores de adicionais de remuneração considerados no quadro são determinados pela aplicação dos valores de produção efetiva global integralmente ao 1.ª escalão (o que seria equivalente a aumentar a produção prevista para níveis semelhantes aos da produção efetiva global).

Página 103 de 332 12 86

# 3.2.1.2. POSICIONAMENTO RELATIVO DA PARCERIA

159. Neste ponto do Relatório apresentam-se as conclusões da análise de *benchmark* realizada entre o modelo de PPP e o modelo de gestão pública, com vista a responder à "primeira questão central", e tendo por base os princípios da economia, da eficiência e da eficácia, utilizando-se para tal os dados relativos ao Hospital de Braga, em regime de PPP, em comparação com os dados de um conjunto de hospitais EPE considerados comparáveis (*cfr.* melhor detalhado no ponto 3.2.1.2.1. do presente Relatório).

## 3.2.1.2.1. Definição do Grupo de Referência

#### Metodologia adotada pela Equipa de Projeto

160. Tomando como premissa que o "grupo de referência" a considerar pela Equipa de Projeto, para efeitos de aferição do *Value for Money* da parceria de Braga ("Grupo de Referência EP"), não tem que ser determinado, imperativamente, com base nos critérios definidos no Contrato de Gestão, sobretudo tendo em consideração, como referido *supra*, a sua inaplicabilidade prática<sup>83</sup>, verificada em sede de *execução de facto* do contrato, considera a Equipa de Projeto que se lhe encontra cometida a tarefa de identificação dos critérios que, de acordo com a sua análise, melhor permitem assegurar que as unidades hospitalares selecionadas são efetivamente comparáveis (designadamente tomando por referência os termos de economia, eficiência e eficácia) com o Hospital de Braga.

Assim, e tendo presente que a aplicação estrita dos critérios definidos no Contrato de Gestão, para determinação do "grupo de referência" do Hospital de Braga, conduz ao apuramento de três hospitais comparáveis que foram apenas selecionados em 2015 e cuja aplicabilidade terá lugar no biénio 2016/2017, considerou a Equipa de Projeto que o conjunto de hospitais que se inserem no grupo D (ao qual pertence o Hospital de Braga) definidos de acordo com o modelo atualmente adotado pela ACSS para efeitos de definição dos "grupos de financiamento dos hospitais"/metodologia utilizada no âmbito do

<sup>83</sup> Note-se que o Grupo de Referência foi pela primeira vez constituído em 2015 para ser aplicado no biénio 2016/2017 tendo conduzido ao apuramento de três hospitais comparáveis o Hospital Garcia de Orta, EPE o Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE e o Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE.

benchmarking hospitalar seria, numa primeira fase, o ponto de partida para a determinação do Grupo de Referência EP do Hospital de Braga.

Enquanto os critérios definidos no Contrato de Gestão do Hospital de Braga incidem sobretudo sobre as áreas de internamento e de ambulatório (as quais, como referido anteriormente, assumem maior relevância na produção do Hospital de Braga), a metodologia utilizada pela ACSS baseia-se num conjunto de 22 variáveis, de âmbito mais transversal e abrangente, de forma a permitir uma comparação tão completa quanto possível dos diferentes tipos de atividades desenvolvidos pelos vários hospitais.

Com efeito, o modelo de financiamento dos hospitais e o *benchmarking* efetuado pela ACSS assentam na definição de grupos de financiamento constituídos com recurso a um exercício de *clustering*, baseado num conjunto de variáveis selecionadas e tratadas, mediante a aplicação do método de análise de componentes principais.

Tendo em vista o agrupamento de hospitais com características estruturais semelhantes, a metodologia da ACSS consiste, assim: (i) na identificação de efeitos com impacto na estrutura dos hospitais, designadamente a dimensão (recursos humanos e técnicos disponíveis), a escala (nível de produção nas principais linhas de produção), o ensino (ensino universitário ou internato), o perfil assistencial, a complexidade não captada pelo ICM (casuística de complexidade extrema, exigência em termos de meios complementares de diagnóstico e terapêutica) e o contexto/estrutura em que se encontra inserido o hospital (características dos edifícios ou da área de influência); (ii) na utilização de 22 variáveis de natureza distinta, selecionadas com base numa análise de sensibilidade a um conjunto mais alargado de variáveis disponíveis; (iii) no tratamento das variáveis selecionadas, mediante a sua standardização (para possibilitar a utilização simultânea de variáveis com naturezas e escalas diferentes) e posterior análise de componentes principais (para eliminação de efeitos de correlação entre variáveis); e, finalmente, (iv) na criação dos grupos com base em técnica de clustering hierárquico.

161. Em face do exposto e reconhecendo que a metodologia da ACSS (i) inclui um conjunto mais abrangente de variáveis do que as previstas no âmbito do Contrato de Gestão, concluindo-se, portanto, que, de acordo com a metodologia da ACSS, se encontram abrangidas não só as dimensões que se pretendem capturar no âmbito do disposto no Contrato de Gestão, mas também outras dimensões, consideradas relevantes para efeitos de verificação de comparabilidade entre os vários hospitais ao nível de todas as

Página 195 de 332

áreas de atividade, e *(ii)* considera os hospitais e centros hospitalares, a Equipa de Projeto estabeleceu a utilização da seguinte metodologia para efeitos de determinação do Grupo de Referência EP do Hospital de Braga, a utilizar no seio dos seus trabalhos:

- i) Consideração, como ponto de partida para a seleção, do grupo de hospitais que constituem o "grupo D", tal como definido no âmbito dos "grupos de financiamento dos hospitais" da ACSS;
- ii) Seleção, dentro do "grupo D", dos hospitais que possuem "urgência polivalente" e/ou "urgência médico-cirúrgica ou outra classificação equivalente", não tendo daí decorrido qualquer exclusão; e
- iii) Relativamente aos hospitais incluídos no "grupo D" dos "grupos de financiamento dos hospitais", para efeitos de definição do "grupo de referência EP", foi apenas excluído o Centro Hospitalar do Algarve, EPE, que apesar de legalmente constituído em maio de 2013 apenas iniciou a sua operacionalização em julho de 2013, o que inviabiliza a comparabilidade da informação ao longo de todo o período objeto de análise.

162. Assim, o Grupo de Referência EP do Hospital de Braga utilizado pela Equipa de Projeto no seio dos seus trabalhos é constituído pelas seguintes unidades:

- i) Hospital Espírito Santo de Évora, EPE ("HESE");
- ii) Hospital Fernando da Fonseca, EPE ("HFF");
- iii) Hospital Garcia de Orta, EPE ("HGO");
- iv) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE ("CHTV");
- v) Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE ("CHTMAD");
- vi) Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE ("CHVNGE").

Adicionalmente, no âmbito da aferição do *Value for Money* da parceria de Braga e tendo em vista a análise da efetividade do modelo de gestão privada do serviço público em face do modelo público de gestão dos hospitais EPE e a comparação do desempenho entre sociedades gestoras dos contratos PPP em execução, o desempenho do Hospital de Braga em termos de indicadores de eficiência e eficácia será também analisado por comparação ao Hospital de Loures ("HBA PPP") e ao Hospital de Cascais ("HC PPP"), ambos incluídos no "grupo C" do *benchmarking* hospitalar da ACSS e ao Hospital de Vila Franca de Xira ("HVFX PPP") incluído no "grupo B" do *benchmarking* hospitalar da ACSS.

Breve apresentação das entidades hospitalares consideradas no Grupo de Referência EP e das sociedades gestoras dos contratos PPP consideradas no âmbito do exercício de benchmarking

163. Apresenta-se, de seguida, um resumo das principais características dos hospitais e centros hospitalares que constituem o Grupo de Referência EP do Hospital de Braga, bem como deste último e das sociedades gestoras dos restantes contratos de gestão clínica atualmente em regime de PPP, com referência ao final do ano de 2015.

Quadro 37 - Principais características dos hospitais Grupo de Referência EP e das sociedades gestoras dos contratos PPP em execução

	Capacidade		T. P. Marie				ICM (APR	(1)
Grupo de Referência Ano 2015	Disponivel	Nº Habitantes	Nº freguesias	Unidades Hospitalares	Tipo de Urgência	Interna- mento	Amb. Cirurgico	Amb. Médico
Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	322	166.726	69	Hospital Espírito Santo - Évora	Polivalente	0,84	0,66	0,22
Hospital Fernando da Fonseca, EPE	770	552.971	17	Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca - Amadora/Sintra     Serviço de Urgência Básica de Algueirão Mem-Martins	Médico-Cirurgico Básica	0,96	0,62	0,20
Hospital Garcia de Orta, EPE	544	332.299	9	• Hospital Garcia de Orta	Polivalente	1,04	0,68	0,21
Centro Hospitalır Tondela- Viseu, EPE	607	267.633	156	Hospital Cândido de Figueiredo - Tondela     Hospital São Teotónio - Viseu	Polivalente Básica	0,91	0,66	0,22
Centro Hospitakr Trás-os- Montes e Alto Douro, EPE	577	273.263	290	<ul> <li>Hospital de D. Luiz I - Peso da Régua</li> <li>Unidade Hospitalar de São Pedro - Vila Real</li> <li>Unidade Hospitalar de Chaves</li> <li>Unidade Hospitalar de Lamego</li> <li>Unidade de Internamento de Vila Pouca de Aguiar</li> </ul>	Médico-Cirurgico Polivalente Básica	0,87	0,63	0,21
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	578	335.589	20	Hospital Eduardo Santos Silva - Gaia - Unidade I     Hospital Distrital Vila Nova de Gaia - Unidade II     Hospital Nossa Senhora da Ajuda - Espinho - Unidade III	Polivalente	1,10	0,70	0,23
Hospital de Braga, PPP	705	290.443	138	Hospital de Braga	Polivalente	1,10	0,66	0,21

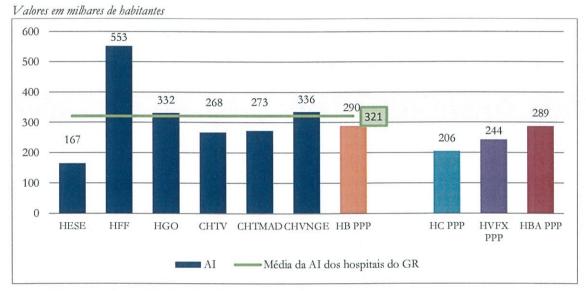
Sociedades gestoras dos contratos PPP							ICM (APR	1)
em execução Ano 2015	Capacidade Disponível	Nº Habitantes	Nº freguesias	Unidades Hospitalares	Tipo de Urgência	Interna- mento	Amb. Cirurgico	Amb. Médico
Hospital de Braga, PPP	705	290.443	138	Hospital de Braga	Polivalente	1,10	0,66	0,21
Hospital de Cascais, PPP	277	206.479	4	Hospital de Cascais	Médico-Cirurgico	0,82	0,65	0,20
Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	280	244.377	32	• Hospital de Vila Franca de Xira	Médico-Cirurgico	0,79	0,64	0,21
Hospital de Loures, PPP	424	288.883	17	Hospital Beatriz Ângelo	Médico-Cirurgico	0,88	0,67	0,20

Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

164. A área de influência (direta ou de primeira linha) de cada uma das unidades do Grupo de Referência EP, encontra-se ilustrada no gráfico seguinte, constatando-se que o número de habitantes que constituem a área de influência de cada um desses hospitais, varia entre os 167 mil habitantes do Hospital Espírito Santo de Évora e os 553 mil habitantes do Hospital Fernando da Fonseca. Em face do valor da média dos hospitais, de 321 mil habitantes, o Hospital de Braga tem uma área de influência ligeiramente inferior, constituída por cerca de 290 mil habitantes, embora disponha de um total de 705 camas, sendo assim o 2.º maior hospital do seu grupo ao nível desse indicador.

Comparativamente com a área de influência das sociedades gestoras dos contratos PPP em execução, constata-se, pelo gráfico seguinte, que o Hospital de Braga tem uma área de influência ligeiramente superior aos restantes Hospitais em regime de PPP.

Gráfico 66 - Área de Influência do Grupo de Referência EP e das sociedades gestoras dos contratos PPP em execução

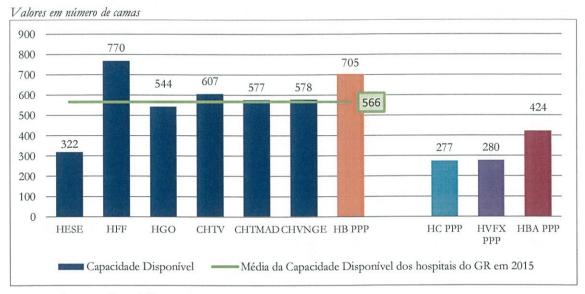


Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

165. No que concerne à <u>capacidade disponível</u> dos hospitais do Grupo de Referência EP, verifica-se que o seu número médio de camas é de 566 camas, apresentando o Hospital Espírito Santo de Évora o menor número de camas de todo o grupo, com 322, e o Hospital Fernando da Fonseca, o maior número de camas, com 770, no final de 2015. A capacidade do Hospital de Braga é de 705 camas, encontrando-se este valor acima da média dos hospitais que constituem o Grupo de Referência EP.

Em comparação com a capacidade disponível nas sociedades gestoras dos contratos PPP em execução, verifica-se que o Hospital de Cascais apresenta o menor número de camas, com 277, e o Hospital de Braga, o maior número de camas, com 705, no final de 2015, o que se justifica, naturalmente, pela diferente dimensão, e diferenciação ao nível dos cuidados de saúde prestados, destes hospitais.

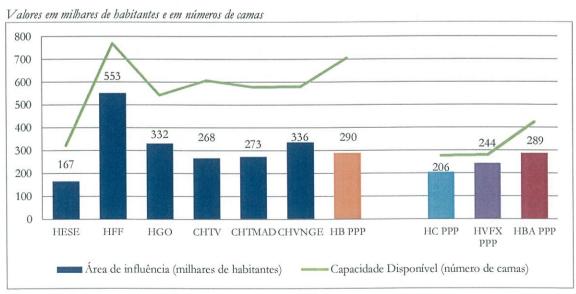
Gráfico 67 - Capacidade disponível em 2015



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

Da análise conjunta de ambos os indicadores, área de influência e capacidade disponível, conclui-se que o número de camas é relativamente proporcional ao número de habitantes da área de influência (cerca de 0,54 camas/mil habitantes em média). O Hospital de Braga apresenta uma lotação por habitante inferior à verificada nos restantes hospitais (cerca de 0,41 camas/mil habitantes).

Gráfico 68 - Área de influência vs. Capacidade disponível em 2015



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

Página 199 de 332 F2

166. Relativamente à <u>taxa de ocupação</u>, verifica-se que no caso do Hospital de Braga esta apresenta-se em linha com a média do Grupo de Referência EP, cifrando-se em torno dos 86% em 2015, apresentando o Hospital Espírito Santo de Évora a menor taxa de ocupação de todo o grupo, com 74%.

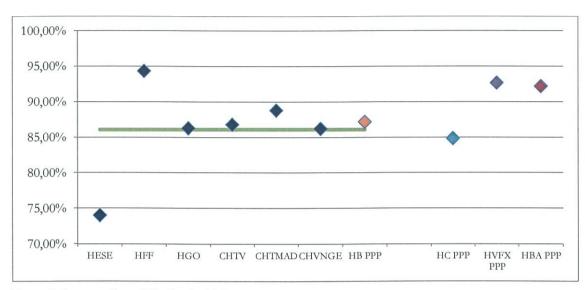


Gráfico 69 - Taxa de ocupação média durante o ano de 2015

Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

167. Relativamente ao <u>perfil assistencial</u>, apresentado no quadro seguinte, importa salientar que, em média, o conjunto de hospitais do Grupo de Referência EP conta com uma carteira de serviços composta por 39 especialidades, apresentando-se o Hospital Fernando da Fonseca, EPE como o hospital com o menor número de especialidades (com 34). O caso do Hospital de Braga encontra-se assim perfeitamente enquadrado na média do Grupo de Referência EP, com um total de 40 especialidades.

Quadro 38 - Perfil Assistencial dos hospitais Grupo de Referência EP e das sociedades gestoras dos contratos PPP em execução

Perfil asistêncial	HESE, EPE	HFF, EPE	HGO, EPE	CHTV, EPE	CHTMA D, EPE	CH VNGE, EPE	НВ РРР	НС РРР	HVFX PPP	HBA PPP
Anatomia Patológica	1	1	1	x	X	x	x	x	1	x
Anestesiologia	1	1	1	1	1	1	1	V	1	1
Angiologia e Cirurgia Vascular	1	x	1	1	1	1	1	x	x	1
Cardiologia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Cardiologia Pediátrica	1	1	1	x	x	1	1	x	x	x
Grurgia Cardio-Torácica	x	x	x	x	x	1	x	x	x	x
Cirurgia Geral	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Grurgia Pediátrica	1	1	1	1	1	1	1	x	x	x
Grurgia Plástica e Reconstrutiva e Estética	1	1	1	1	x	1	1	x	x	1
Cirurgia Maxiofacial	1	1	1	1	V	x	1	x	x	x
Consulta Externa - Sub-Categorias	x		x	x	x	x	x	x	-	x
Dermatologia		x		x	x	x	x	1		
Dermato-Venereologia	x √		×	V	j	Ĵ	Ĵ	x	V	Ì
		1	1	V	1		1		V	1
Doenças Infecciosas (Infecciología)	1	1	1			1	1	x		V
Endocrinologia e Nutrição	1			x		1	J	x	x	
Estomatologia	1	X	x √	x	×	.1	1	×	X	X V
Gastroenterologia	V	1		1		V	1		V	
Genética Médica	x	x	X	x	1	X		x	X	X
Ginecologia	V	1	V	1	1	1	1	V	V	1
Tematologia Clínica	V	X	1	1	1	1	X	x	x	x
muno-Alergologia	1	x	x	x	1	1	1	x	x	V
muno-Hemoterapia	1	1	1	1	1	1	V	1	1	1
Medicina Dentária	x	x	x	x	x	x	1	x	x	x
Medicina do Trabalho	1	x	1	1	1	1	x	x	x	x
Medicina Física e Reabilitação	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Medicina Geral e Familiar	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Medicina Interna	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Medicina Nuclear	x	x	1	1	x	x	x	x	x	x
Neurocirurgia	1	x	1	1	x	1	1	x	x	1
Nefrologia	1	1	1	1	1	1	1	x	x	1
Neurologia	V	1	1	1	1	1	1	V	1	1
Neurorradiologia	1	x	1	1	x	x	x	x	x	x
Obstetrícia	1	Ĵ	V	V	Ì	Ĵ	V	Ĵ	Ĵ	Ì
			V	V	1	1	1	1		-1
Oftalmologia	V	,			V		V	100000000000000000000000000000000000000		1
Oncologia Médica	V	Y	1	1	V	V		x √	Y	Y
Ortopedia	V	Y	1	V	Y	V	1		Y	V
Otorrinolaringologia	1	1	1	1	1	1	1	1	,	1
Patologia Clínica	٧	V	X	V	X	X	<b>V</b>	X	1	V
Pediatria	1	1	1	1	1	1	1	1	1	V
Pneumologia	1	1	1	1	1	V	1	1	1	V
Psiquiatria	1	1	1	1	1	1	1	1	x	1
Psiquiatria e Abuso de Substâncias	1	1	1	٨	1	1	1	x	x	x
Psiquiatria da Infância e Adolescência	1	1	1	1	1	1	1	x	1	1
Radiodiagnóstico	x	x	x	x	x	x	x	x	1	x
Radioncologia	1	x	x	1	1	x	x	x	x	x
Radiologia	x	1	x	x	x	x	x	x	x	x
Radioterapia	x	x	x	x	x	x	1	x	x	x
Reumatologia	1	x	1	1	1	1	1	x	x	1
Bercário	V	1	1	1	1	1	x	1	x	1
	XII.		j	j	1	x		x	x	
Especialidades IPO	X	x	1	1	1	X	×		Fire Barre	X
Neonatologia	1	1	1	N.	1	1	1	X	x	X V
U. Cuidados Intensivos	V	V	V	N	V	V		x	X	
U. Cuidados Intermédios	V	V	V	N	V		1	X	x	V
Urologia	V	V	V	V	V	V	1	V	V	V

Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

168. Através do gráfico seguinte, que apresenta o peso médio relativo de cada linha de produção no total dos doentes padrão de cada unidade hospitalar, para o período compreendido entre 2012 e 2015, constata-se que o internamento corresponde à linha de produção com maior importância para todos os hospitais analisados, seguindo-se-lhe o ambulatório, o hospital de dia e a consulta externa. As restantes linhas de produção,

Página 201 de 332

urgência, VIH/SIDA, esclerose múltipla e outros (onde se incluem todas as restantes linhas) assumem, assim, pouca expressão face ao total da produção (quando medida em doente padrão).

Valores em número doentes padrão 100% 5% 90% 14% 10% 12% 10% 80% 15% 18% 18% 19% 70% 13% 15% 3% 7% 1% 60% 1% 12% 50% 40% 30% 52% 52% 51% 50% 47% 46% 44% 20% 10%

<u>Gráfico 70 – Contributo de cada linha de atividade para o total de doentes padrão,</u> <u>em termos médios no período 2012-2015</u>

<u>Fonte</u>: Informação disponibilizada pela ACSS e pela ARSN e adaptada pela Equipa de Projeto, em linha com o conceito de doente padrão adotado.

CHTV

**CHTMAD** 

VIH/SIDA

■ Ambulatório

**CHVNGE** 

■ Urgência

■ Internamento

HB PPP

**HGO** 

■ Hospital de Dia

■ Esclerose múltipla

0%

HESE

■ Outros

■ Consulta Externa

HFF

Nota: O cálculo do doente padrão teve por base o ICM desagregado e o agrupador AP21, de acordo com a metodologia adotada pela Equipa de Projeto a qual se encontra explicitada seguidamente.

169. Para efeitos de assegurar a comparabilidade entre o Hospital de Braga e o Grupo de Referência EP, e assim ser possível analisar o posicionamento relativo da PPP face às demais unidades, designadamente sob os princípios da economia, da eficácia e da eficiência, a Equipa de Projeto sentiu necessidade de efetuar alguns ajustamentos aos dados operacionais, destacando-se designadamente:

- As unidades de medida da produção. Com efeito, a produção das diferentes áreas de atividade é medida com base em métricas diferentes, não sendo possível, portanto, calcular o valor total da produção de um hospital através da mera soma algébrica da produção das diferentes áreas. Neste sentido, foi necessário recorrer ao cálculo do doente padrão, conforme melhor descrito no ponto seguinte do presente Relatório;
- No caso das áreas de internamento e de ambulatório, e tal como referido no ponto 3.1.7.2. do presente Relatório, os episódios são classificados em GDH,

através do recurso a um agrupador. Enquanto no caso dos hospitais EPE a produção está a ser agrupada, desde 1 de janeiro de 2015, através do agrupador "All Patient Refined DRG 31" ("APR31")<sup>84</sup>, no Hospital de Braga<sup>85</sup> é utilizado o agrupador "AP21". Assim, a Equipa de Projeto identificou a necessidade de harmonizar estes critérios, conforme melhor se descreve no ponto seguinte do presente Relatório.

# 3.2.1.2.2. Cálculo do doente padrão

## Critérios para o cálculo do doente padrão do Grupo de Referência EP

170. O doente padrão é a métrica utilizada, pela ACSS, para agregar a atividade hospitalar das várias linhas de produção (que tal como referido é medida através de métricas diferentes), numa única unidade de produção num determinado ano. A ACSS utiliza esta métrica com o objetivo de comparar indicadores de eficiência entre várias entidades hospitalares.

A fórmula de cálculo, subjacente ao cálculo do doente padrão, que a ACSS utiliza é a que seguidamente se apresenta:

$$f\left(dp\right)n = \sum_{k=1}^{\infty} \quad \left[\frac{Produção\ k*Preço\ k}{Preço\ base\ n}\right] + \sum_{k=1}^{\infty} \quad \left[\frac{Produção\ l*ICM\ l*Preço\ l}{Preço\ base\ n}\right]$$

Em que:

n = ano em vigor;

k = linhas de produção, com exceção da linha de produção do internamento e ambulatório;

l = linhas de produção, do internamento e do ambulatório;

*Preço base n* = preço base do SNS em vigor para o internamento no ano n.

Página 203 de 332

<sup>84</sup> O agrupador de tipo APR mantém as mesmas GCD e cria subclasses em cada GDH, tendo em consideração as diferenças existentes nos doentes quanto à severidade da doença e ao risco de mortalidade, onde: (i) severidade da doença é entendida como a extensão de uma descompensação fisiológica ou da perda de funções de um órgão, 4 subclasses; e (ii) risco de mortalidade é entendido como a probabilidade de ocorrer a morte do doente, 4 subclasses.

<sup>85</sup> Bem como nos demais hospitais em regime de PPP.

Assim, o cálculo do doente padrão apurado pela ACSS, tem em consideração, por um lado, a produção hospitalar das diversas linhas de atividade que compõem a atividade do hospital e, por outro lado, o respetivo preço das mesmas, tendo por referência as tabelas de preços em vigor em cada ano, considerando, como preço base, o preço do internamento, em vigor também nesse ano.

171. A Equipa de Projeto considerou que esta metodologia, apesar de obviamente válida, apresenta algumas limitações para o caso em apreço, uma vez que não permite comparações ao longo de uma série temporal, permitindo apenas posicionar os vários hospitais dentro do seu grupo, em termos relativos, num determinado ano.

Assim, optou a Equipa de Projeto por considerar uma metodologia alternativa, de forma a ultrapassar a limitação identificada. Neste sentido, ao invés de se considerar para cada ano preços por atividade diferentes e um preço base também diferente, optou-se por assumir o cálculo do doente padrão (i) tendo por base os mesmos preços para todos os anos (no caso, os preços contratualizados para os hospitais EPE em 2015); e (ii) assumindo sempre o mesmo preço base (de 2015) para todos os anos. Considera-se que esta metodologia alternativa tem a vantagem de permitir comparações simultaneamente verticais (dentro do mesmo grupo para um determinado ano) e horizontais (entre vários anos).

Por outro lado, a metodologia da ACSS, ao basear-se nos preços do SNS contratualizados, para cada ano, apresenta uma limitação adicional, ultrapassada com a metodologia da Equipa de Projeto. Com efeito, o facto de não terem existido em todos os anos preços contratualizados para todas as linhas de produção implicou que nos anos em que não existiu preço para uma determinada linha, essa linha não foi considerada para efeitos de cálculo do doente padrão. No caso da metodologia da Equipa de Projeto, ao considerar-se, para todos os anos, os preços contratualizados para 2015, conseguiu-se maximizar o número de linhas de produção incluído no cálculo do referido indicador, sendo convicção da Equipa de Projeto que, desta forma, se consegue uma visão mais aderente à realidade da carteira de serviços das entidades hospitalares que constituem o Grupo de Referência EP.

Adicionalmente, em termos de valores de produção de internamento e ambulatório (mensurado em doentes equivalentes<sup>86</sup>), a ACSS utiliza os valores calculados através do agrupador APR31 e utiliza os dados do "SICA", enquanto a Equipa de Projeto, por indicação da ACSS, optou por utilizar os dados (de produção e de ICM) calculados internamente pela ACSS, a partir da Base de Dados de GDH's reportada pelos vários hospitais, considerando (i) o agrupador AP21, e (ii) o ICM desagregado (em linha com as regras de cálculo da remuneração no caso dos EPE), e (iii) a atividade relativa à radioterapia foi considerada, de acordo com a metodologia dos hospitais EPE em sessões de radioterapia simples ou complexas, o que difere da metodologia aplicada na PPP de Braga, em que esta atividade é contabilizada em ambulatório médico, através da aplicação do GDH 409<sup>87</sup>.

As principais linhas de produção consideradas no cálculo do doente padrão são o ambulatório e o internamento (mensurados em doentes equivalentes), as consultas externas (mensuradas em número de consultas), as urgências (mensuradas em número de urgências), o hospital de dia (mensurado em número de sessões), entre outras, sendo importante notar que poderão não se encontrar consideradas todas as linhas de produção que cada hospital possui.

Assim, tendo por base as diferenças identificadas *supra*, importa salientar os principais pressupostos subjacentes ao cálculo do doente padrão segundo a metodologia da Equipa de Projeto:

#### Precos:

O Utilizaram-se os preços contratualizados para os hospitais EPE, para cada linha de produção, referentes ao ano de 2015, tendo os mesmos sido utilizados para todos os anos da análise (2012-2015);

Página 205 de 332

<sup>86</sup> Correspondem aos episódios de internamento que se obtêm após a transformação dos dias de internamento dos episódios, classificados em GDH tendo em conta o tempo de internamento ocorrido em cada um deles e o intervalo de normalidade definido para cada GDH.

<sup>87</sup> Por uma questão de uniformização de critérios e de garantia da comparabilidade entre os dados da PPP de Braga e dos hospitais EPE, que constituem o Grupo de Referência EP, a atividade que no caso do contrato de PPP de Braga é codificada no GDH 409 e paga como doentes equivalentes de ambulatório médico, para efeitos de cálculo do doente padrão foi transformada em sessões de hospital de dia. Isto porque no caso dos hospitais EPE, a partir de 2013, esta atividade passou a constituir uma linha de atividade autónoma, passando-se a adotar o pagamento através de preços diferenciados para tratamentos simples (nos quais se incluem os tratamentos simples, tratamentos 3D e radioterapia estereotáxica) e complexos (referentes às técnicas especiais, à irradicação corporal e hemicorporal e aos tratamentos IMRT).

 O preço base considerado foi o preço contratualizado para o internamento no caso dos hospitais EPE, em 2015.

## • Produção de internamento e ambulatório:

- O Foram calculados os valores de doente equivalente considerando o agrupador AP21 para todos os hospitais (os hospitais EPE foram convertidos de APR31 para AP21<sup>88</sup>, de forma a que o exercício fosse comparável entre todos os hospitais do Grupo de Referência EP);
- o Foi considerado o valor do ICM desagregado por área de atividade;
- A atividade de radioterapia não foi considerada em ambulatório médico mas antes como sessões de radioterapia, em linha com a metodologia seguida no caso dos hospitais EPE;
- O Importa notar que não foram, assim, usados os dados de produção disponibilizados pela ARSN, mas antes a informação remetida pela ACSS, tendo por referência a Base de Dados de GDH's (que considera toda a produção real da EGEST), que incluem já os ajustamentos para as regras EPE.

## Para as restantes linhas de produção:

- O No caso do Hospital de Braga foram considerados os dados reais disponibilizados pela ARSN, antes da aplicação dos limites contratuais estabelecidos para efeitos do cálculo da remuneração da EGEST;
- O Para o Grupo de Referência EP foram considerados os dados do "SICA" (dados usados para efeitos do cálculo do doente padrão da ACSS), disponibilizados pela ACSS.

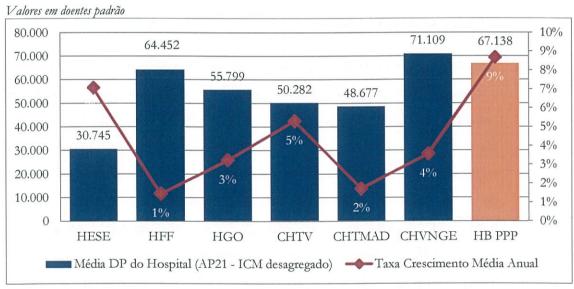
A metodologia da Equipa de Projeto permite, assim, (i) comparações entre os diversos hospitais e ao longo dos vários anos, (ii) ao usar os preços de 2015 dos hospitais EPE, maximizar o número de linhas de atividade consideradas no cálculo do doente padrão (uma vez que o número de linhas de produção com preços contratualizados tem vindo a aumentar), e (iii) harmonizar os diversos conceitos de produção incluídos no

<sup>88</sup> O agrupador de tipo All Patient (AP) caracteriza-se por subdividir os episódios em 26 Grandes Categorias de Diagnóstico (GCD), exclusivas entre si, e que correspondem a um sistema orgânico ou etiologia estando, geralmente, associadas a uma especialidade médica em particular. Considera ainda, para alguns GDH, 3 níveis de complexidade: i) sem Complicações ou Comorbilidades, ii) com Complicações ou Comorbilidades e iii) com Complicações ou Comorbilidades major. Em alguns GDH é ainda feita uma partição de idade (>17 anos e <18 anos).

cálculo, conseguindo-se, assim, uma visão mais aderente à realidade da carteira de serviços das entidades hospitalares que constituem o Grupo de Referência EP.

172. No gráfico seguinte é apresentado o doente padrão médio para os hospitais do Grupo de Referência EP (AP21) entre o ano de 2012 e 2015 e respetiva variação. Tal como se pode constatar, o Hospital de Braga é aquele que apresenta a maior taxa de crescimento do doente padrão (9%), a qual se justifica sobretudo pelo aumento da área de internamento e ambulatório, em virtude essencialmente do incremento da produção em ambulatório e do nível de complexidade do internamento.

<u>Gráfico 71 – Doentes padrão (AP21) e respetiva taxa de crescimento média anual no período 2012 a 2015</u>



<u>Fonte</u>: Informação disponibilizada pela ACSS e pela ARSN e adaptada pela Equipa de Projeto, em linha com o conceito de doente padrão adotado.

Nota: O cálculo do doente padrão teve por base o ICM desagregado e o agrupador AP21.

3.2.1.2.3. Análise da economia em termos relativos face ao Grupo de Referência EP

173. O objetivo do presente capítulo é avaliar a economia da PPP do Hospital de Braga, através da análise detalhada dos encargos suportados pelo parceiro público com a PPP Hospital de Braga em relação aos gastos do Grupo de Referência EP, utilizando o

Página 207 de 332

indicador de gasto por doente padrão, recalculado tanto para o Hospital de Braga como para o Grupo de Referência EP, com base no agrupador AP21 e no ICM desagregado.

A metodologia utilizada para a análise da economia (relativa) do Hospital de Braga teve por base os seguintes pontos:

- a) Cálculo dos gastos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência EP para efeitos da presente análise, isto é, excluindo os gastos relativos à componente infraestrutural de todas as rubricas de gastos operacionais, bem como depreciações e amortizações;
  - b) Cálculo dos gastos operacionais, ajustados para efeitos da presente análise de acordo com o ponto I, por doente padrão (conforme explicado no ponto 3.2.1.2.4 do presente Relatório). Este indicador permite criar uma medida estandardizada, possibilitando a comparabilidade dos resultados entre o Hospital de Braga e os hospitais do Grupo de Referência EP;
  - c) Cálculo da remuneração do Hospital de Braga (encargos atualmente suportados pelo parceiro público, acrescidos da remuneração por conta de terceiros pagadores e taxas moderadoras<sup>89</sup>) por doente padrão. Por forma a aferir sobre o impacto dos protocolos de financiamento destinados ao tratamento do VIH/SIDA e esclerose múltipla, foram utilizados dois números de doente padrão para o Hospital de Braga: um calculado tendo por base o número de doentes em tratamento durante o ano (métrica utilizada nos hospitais EPE), e outro determinado assumindo a inclusão destes doentes nas linhas de produção definidas no Contrato de Gestão (ou seja, em consultas, hospital de dia e urgências), tal como aconteceu em 2016, ano em que os referidos protocolos não foram renovados.
  - d) Comparação entre os encargos do Estado com o Hospital de Braga por doente padrão e os gastos operacionais, ajustados para efeitos da presente análise de acordo com o ponto I, dos hospitais do Grupo de Referência EP, também por

<sup>89</sup> De forma a garantir a comparabilidade com o caso dos Hospitais EPE, onde se consideraram todos os gastos operacionais.

doente padrão, de forma a, assim, aferir a economia (relativa) da PPP<sup>90</sup>. No caso do Hospital de Braga a análise tem em conta o total da remuneração base anual da EGEST, e não os encargos suportados pelo parceiro público, de forma a permitir a comparabilidade com os gastos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência EP, já que estes gastos incluem toda a operação coberta por transferências do Estado Português, terceiros pagadores e taxas moderadoras.

- e) Num segundo momento, cálculo do financiamento do Hospital de Braga e dos hospitais do Grupo de Referência EP (considerando, para tal, as transferências do Estado para estes hospitais), por doente padrão; e
- f) Comparação entre o financiamento por doente padrão do Hospital de Braga com o mesmo indicador para os hospitais do Grupo de Referência EP.

174. No quadro que se segue apresentam-se os gastos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência EP para o período compreendido entre 2012 e 2015, detalhados pelas rubricas de (i) CMVMC, (ii) FSE, (iii) gastos com o pessoal, (iv) depreciações e amortizações, e (v) outros gastos e perdas operacionais. Para efeitos da presente análise, foram excluídos das rubricas apresentadas os gastos estimados relativos à componente infraestrutural.

Pápina 209 de 332

<sup>90</sup> Para a aferição da economia (relativa) da PPP, em termos absolutos, multiplicou-se o diferencial de gastos por doente padrão, obtido nos termos deste ponto IV, pelo número total de doentes padrão do Hospital de Braga.

Quadro 39 - Total de gastos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência EP, entre 2012 e 2015

Valores em milhares de euros

		The second	2	012		
<b>建</b> 分类的 5.000 1000 1000 1000 1000 1000 1000 100	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV
CMVMC	44.756	45.363	19.599	46.341	27.142	26.096
FSE	16.986	27.736	16.469	19.489	21.275	14.631
Gastos com o pessoal	66.565	66.560	38.573	84.139	63.713	61.572
Depreciações e am ortizações	2.941	2.947	2.735	5.640	3.396	2.139
Outros gastos e perdas operacionais	278	66	267	341	368	698
Total de gastos operacionais	131.526	142.672	77.642	155.949	115.894	105.136

	2013									
	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV				
CMVMC	44.297	44.311	20.799	48.295	26.296	25.652				
FSE	17.631	26.558	15.088	15.716	20.959	13.719				
Gastos com o pessoal	66.487	67.428	40.539	89.060	65.862	63.366				
Depreciações e am ortizações	2.846	2.914	2.226	4.359	4.428	2.021				
Outros gastos e perdas operacionais	452	156	416	298	310	1.405				
Total de gastos operacionais	131.714	141.366	79.068	157.728	117.855	106.164				

Proceedings of the second		2014								
	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV				
CMVMC	42.499	44.793	21.804	49.738	25.804	26.145				
FSE	18.868	36.731	15.183	16.230	20.119	14.117				
Gastos com o pessoal	65.830	67.585	40.316	88.020	64.993	63.166				
Depreciações e amortizações	2.498	2.525	1.915	3.824	3.776	1.907				
Outros gastos e perdas operacionais	399	213	361	654	268	295				
Total de gastos operacionais	130.095	151.846	79.577	158.466	114.959	105.630				

		2015								
<b>数</b> 在 4.20 医可能性 一起 (2015) (首於)	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV				
CMVMC	46.549	48.646	21.908	54.442	27.593	29.137				
FSE	19.082	34.599	15.834	18.724	20.177	13.988				
Gastos com o pessoal	69.272	72.502	41.104	89.103	66.005	64.370				
Depreciações e amortizações	2.053	2.297	1.964	3.561	4.057	1.731				
Outros gastos e perdas operacionais	574	88	147	1.718	393	770				
Total de gastos operacionais	137.531	158.132	80.957	167.548	118.225	109.996				

Fonte: R&C's e balancetes analíticos dos hospitais EPE.

Nota: Os valores do CMVMC, dos FSE's e dos gastos com pessoal apresentados excluem os encargos estimados relativamente à componente infraestrutural, tendo por base a média, para cada uma destas três componentes de gastos, dos pesos do "Total de Serviço de Instalações e Equipamento" face aos gastos constantes da "Listagem Global de Valências", verificada para os hospitais do Grupo de Referência EP no período compreendido entre 2006 e 2009, inclusive (CMVMC: 3%; FSE: 8% e Gastos com Pessoal: 1%), informação constante da Base de Dados dos Elementos Analíticos da ACSS (http://www2.acss.min-sande.pt/bdea/). Os valores de depreciações e amortizações apresentados excluem, quando aplicável, os montantes relativos a edificios, outros equipamentos administrativos e não especificados, taras, ferramentas e utensílios e ativos fixos intangíveis. Os montantes de outros gastos operacionais excluem as correções relativas a exercícios anteriores.

175. No quadro seguinte, apresentam-se os gastos operacionais por doente padrão, de forma a calcular, para cada hospital que integra o Grupo de Referência EP, o indicador "gastos operacionais por doente padrão". Os valores assinalados a encarnado e a verde representam os valores mais elevados e os valores mais baixos, respetivamente, para cada ano.

Quadro 40 – Total de gastos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, entre 2012 e 2015

	2012								
	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV			
Total de gastos operacionais ('000€)	131.526	142.672	77.642	155.949	115.894	105.136			
N.º de doentes padrão	53.134	62.850	27.078	67.052	47.121	45.510			
Gastos operacionais por doente padrão	2.475 €	2,270 €	2.867 €	2.326€	2.460 €	2.310 €			

	2013									
	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV				
Total de gastos operacionais ('000€)	131.714	141.366	79.068	157.728	117.855	106.164				
N.º de doentes padrão	56.029	62.483	30.615	70.841	49.061	50.414				
Gastos operacionais por doente padrão	2.351€	2.262 €	2.583 €	2.226€	2.402 €	2.106 €				

A CONTRACTOR OF THE STATE OF TH	2014								
	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV			
Total de gastos operacionais ('000€)	130.095	151.846	79.577	158.466	114.959	105.630			
N.º de doentes padrão	55.582	66.838	32.032	72.036	48.926	52.059			
Gastos operacionais por doente padrão	2.341 €	2.272€	2.484 €	2.200 €	2.350 €	2.029€			

	2015								
<b>一定在新发生的特殊的</b> 是一个特殊的企	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV			
Total de gastos operacionais ('000€)	137.531	158.132	80.957	167.548	118.225	109.996			
N.º de doentes padrão	58.450	65.635	33.255	74.507	49.599	53.144			
Gastos operacionais por doente padrão	2.353 €	2.409 €	2.434 €	2.249 €	2.384 €	2.070 €			

Fonte: R&C's, balancetes analíticos dos hospitais EPE e informação disponibilizada pela ACSS.

176. No quadro *infra* apresentam-se os encargos suportados pelo parceiro público com a PPP Hospital de Braga, ou seja, a remuneração total do parceiro privado para o período compreendido entre 2012 e 2015, numa base económica. Note-se que a rubrica relativa a "Total dos encargos do SNS com a PPP de Braga" não inclui a remuneração recebida pela EGEST relativa a terceiros pagadores e a taxas moderadoras.

Página 211 de 332

Quadro 41 - Remuneração da EGEST, entre 2012 e 2015

Valores em milhares de euros

Repartição dos Encargos com a EGEST do Hospital de Braga suportados pelo SNS	2012	2013	2014	2015
Contrato de Gestão - Parcela a cargo do SNS (90%)	97.597	106.500	107.561	108.205
Contrato de Gestão - Pagamento de reconciliação	15.894	15.411	20.510	24.592
Contrato de Gestão - Aœrto de 2014	-697	-627	-983	0
Sub-total do Contrato de Gestão	112.794	121.284	127.089	132.797
Protocolo VIH/Esderose Multipla	0	3.768	4.382	7.703
Programa Vertical - Doenças Lisossomais	1.576	1.562	1.761	1.849
IVG e DPN	83	155	257	0
Medicamentos	1.082	955	1.184	1.408
Transplantes e Colheita Orgãos	0	0	0	106
Programa Centralizado Hepatite C	0	0	0	361
Assistência Médica no Estrangeiro	0	94	21	274
Ajudas Técnicas	76	127	9	197
Horas Extraordinárias	0	-2	0	1
Honorários	0	0	12	3
Estrangeiros	790	561	1.722	1.640
Aposentações Provisórias	59	56	192	70
Programa de rescisões por mutuo acordo	0	0	100	0
Bombas de Insulina	0	54	56	122
R.H. S.Marcos e ACES	4	0	0	0
Multas e deduções	-192	-93	0	0
Total	116.272	128.519	136.787	146.531
Variação anual (%)		11%	6%	7%

Repartição dos Encargos com a EGEST do Hospital de Braga suportados pelo SNS	2012	2013	2014	2015
SNS	116.272	128.519	136.787	146.531
Terceiros pagadores	1.879	2.029	2.414	2.233
Taxas moderadoras	2.649	2.734	2.865	2.975
Outros	951	848	1.257	307
Total	121.751	134.131	143.322	152.046

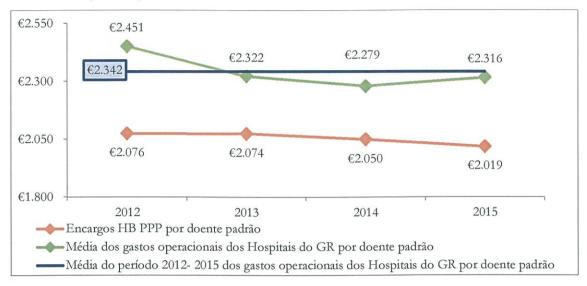
Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

Nota: Valores relativos a "Outros" respeitam a partilha de receita devida por terceiros pagadores e ensino.

177. Seguidamente é apresentada a relação entre o total dos encargos com a PPP Hospital de Braga por doente padrão e a média dos gastos operacionais por doente padrão do Grupo de Referência EP. Com base nesta análise é possível concluir que o custo por doente padrão da PPP Hospital de Braga para o parceiro público afigurou-se inferior à média dos gastos efetivos por doente padrão dos hospitais do Grupo de Referência EP, para todo o período compreendido entre 2012 e 2015, ascendendo o valor da poupança média anual a cerca de 19 milhões de euros (considerando o total de doentes padrão).

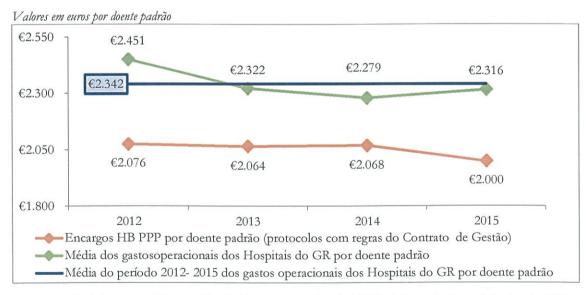
# Gráfico 72 – Encargos do Hospital de Braga (com protocolos VIH e EM) e dos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, entre 2012 e 2015

Valores em euros por doente padrão



Fonte: R&C's, balancetes analíticos do Hospital de Braga e dos hospitais EPE e informação disponibilizada pela ACSS.

# <u>Gráfico 73 - Encargos do Hospital de Braga (sem protocolos VIH e EM) e dos</u> <u>hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, entre 2012 e 2015</u>



Fonte: R&C's, balancetes analíticos do Hospital de Braga e dos hospitais EPE e informação disponibilizada pela ACSS.

No quadro *infra*, apresenta-se a mesma informação dos gráficos anteriores, mas detalhada por hospital do Grupo de Referência EP e com as estimativas de poupança média anual da PPP Hospital de Braga, face aos hospitais do Grupo de Referência EP.

Página 213 de 332

Similarmente, pode concluir-se que a diferença total média entre os encargos do modelo PPP Hospital de Braga e aqueles que decorreriam caso fossem considerados os gastos por doente padrão dos hospitais do Grupo de Referência EP, no período compreendido entre 2012 e 2015, permite concluir pela existência de uma poupança total gerada pela PPP, superior a 75 milhões de euros (tanto sem protocolos VIH/SIDA e EM como nos termos dos hospitais EPE).

# Quadro 42 - Poupança média anual, entre 2012 e 2015 (com protocolos VIH e EM)

The second second second					2012			
		НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV
Encargos anuais ('000€)		121.751	131.526	142.672	77.642	155.949	115.894	105.136
N.º de doentes padrão		58.643	53.134	62.850	27.078	67.052	47.121	45.510
Encargos por doente padrão	Niver -	2.076€	2.475€	2.270 €	2.867 €	2.326 €	2.460€	2.310 €
D 1			19,2%	9,3%	38,1%	12,0%	18,5%	11,3%
Poupança anual	'000€		23.412	11.372	46.401	14.642	22.483	13.726
Poupança média anual	'000€					8,1% 2.006		- 31

AND DESCRIPTIONS					2013			
		НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV
Encargos anuais ('000€)	BALLSWEEN BAL	134.131	131.714	141.366	79.068	157.728	117.855	106.164
N.º de doentes padrão		64.684	56.029	62.483	30.615	70.841	49.061	50.414
Encargos por doente padrão		2.074 €	2.351€	2.262€	2.583 €	2.226 €	2.402€	2.106 €
D			13,4%	9,1%	24,5%	7,4%	15,8%	1,6%
Poupança anual	'000€		17.930	12.216	32.926	9.888	21.254	2.082
					1	2,0%		
Poupança média anual	'000€				10	5.049		

Kalendari India					2014			
		НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV
Encargos anuais ('000€)		143.322	130.095	151.846	79.577	158.466	114.959	105.630
N.º de doentes padrão	11 11	69.927	55.582	66.838	32.032	72.036	48.926	52.059
Encargos por doente padrão		2.050 €	2.341€	2.272€	2.484 €	2.200 €	2.350€	2,029€
D	ZIII. JE	111111	14,2%	10,8%	21,2%	7,3%	14,6%	-1,0%
Poupança anual	'000€		20.351	15.543	30.401	10.507	20.982	-1.436
	tion.				1	1,2%		
Poupança média anual	'000€				10	5.058		

SAME RELATED IN					2015	Shurter	<b>电影</b> 化电影		
		НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV	
Encargos anuais ('000€)		152.046	137.531	158.132	80.957	167.548	118.225	109.996	
N.º de doentes padrão		75.295	58.450	65.635	33.255	74.507	49.599	53.144	
Encargos por doente padrão	A PROPERTY.	2,019 €	2.353€	2.409 €	2.434 €	2.249 €	2.384 €	2.070 €	
P 1			16,5%	19,3%	20,6%	11,4%	18,0%	2,5%	
Poupança anual	'000€		25.121	29.361	31.252	17.275	27.428	3.797	
Poupança média anual	100		14,7%						
	'000€				2	2.372			

Total da poupança entre 2012 e 2015	НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV
Encargos totais	551.249	530.865	594.018	317.245	639.691	466.933	426.925
Poupança total		86.815	68.492	140.980	52.312	92.147	18.170
Poupança total média		76.486					

Fonte: R&C's, balancetes analíticos do Hospital de Braga e dos hospitais EPE e informação disponibilizada pela ACSS.

Página 215 de 332

Quadro 43 - Poupança média anual (sem protocolos VIH e EM), entre 2012 e 2015

		2012									
		НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV			
Encargos anuais ('000€)		121.751	131.526	142.672	77.642	155.949	115.894	105.136			
N.º de doentes padrão		58.643	53.134	62.850	27.078	67.052	47.121	45.510			
Encargos por doente padrão		2.076 €	2.475€	2.270 €	2.867 €	2.326 €	2.460€	2.310 €			
D 1			19,2%	9,3%	38,1%	12,0%	18,5%	11,3%			
Poupança anual	'000€		23.412	11.372	46.401	14.642	22.483	13.726			
Poupança média anual	'000€					8,1% 2.006					

A STANBOUR OF STAN		2013									
		НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV			
Encargos anuais ('000€)		130.362	131.714	141.366	79.068	157.728	117.855	106.164			
N.º de doentes padrão		63.150	56.029	62.483	30.615	70.841	49.061	50.414			
Encargos por doente padrão		2.064 €	2,351€	2.262€	2.583 €	2.226 €	2.402€	2.106€			
D 1			13,9%	9,6%	25,1%	7,9%	16,4%	2,0%			
Poupança anual	'000€		18.092	12.513	32.731	10.240	21.337	2.620			
Poupança média anual			12,5%								
	'000€				10	5.255					

	2014									
		НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV		
Encargos anuais ('000€)		138.940	130.095	151.846	79.577	158.466	114.959	105.630		
N.º de doentes padrão		67.185	55.582	66.838	32.032	72.036	48.926	52.059		
Encargos por doente padrão		2.068 €	2.341€	2.272€	2.484 €	2.200 €	2.350€	2.029€		
P			13,2%	9,9%	20,1%	6,4%	13,6%	-1,9%		
Poupança anual	'000€		18.315	13.696	27.971	8.857	18.922	-2.617		
Poupança média anual			10,2%							
	'000€		14.191							

		2015									
		НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV			
Encargos anuais ('000€)		144.343	137.531	158.132	80.957	167.548	118.225	109.996			
N.º de doentes padrão		72.172	58.450	65.635	33.255	74.507	49.599	53.144			
Encargos por doente padrão		2.000 €	2,353€	2.409 €	2.434 €	2.249 €	2.384 €	2.070 €			
D 1			17,7%	20,5%	21,7%	12,4%	19,2%	3,5%			
Poupança anual	'000€		25.477	29.541	31.353	17.956	27.687	5.036			
Poupança média anual					1.	5,8%					
	'000€				2:	2.842					

Total da poupança entre 2012 e 2015	НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV
Encargos totais	535.395	530.865	594.018	317.245	639.691	466.933	426.925
Poupança total		85.296	67.121	138.457	51.696	90.429	18.765
Poupança total média				7.	5.294		

Fonte: R&C's, balancetes analíticos do Hospital de Braga e dos hospitais EPE e informação disponibilizada pela ACSS.

178. Os quadros que se apresentam a seguir comparam os encargos do parceiro público com o Hospital de Braga, agora deduzidos das taxas moderadoras e de terceiros pagadores, com o total das transferências efetuadas pelo Estado aos hospitais do Grupo de Referência EP.

# Quadro 44 - Financiamento do Hospital de Braga e dos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão (com protocolos VIH e EM), entre 2012 e 2015

	2012									
	НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV			
Finandamento do SNS ('000€)	116.272	172.309	167.097	91.168	163.965	115.712	101.103			
N.º de doentes padrão	58.643	53.134	62.850	27.078	67.052	47.121	45.510			
Financiamento do SNS por doente padrão	1.983 €	3.243€	2.659€	3.367 €	2.445 €	2.456€	2.222€			

and the second second second	2013										
	НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV				
Finandamento do SNS ('000€)	128.519	129.384	141.340	73.076	156.977	112.719	104.025				
N.º de doentes padrão	64.684	56.029	62.483	30.615	70.841	49.061	50.414				
Financiamento do SNS por doente padrão	1.987 €	2.309€	2.262€	2.387 €	2.216 €	2.298 €	2.063 €				

THE PERSON NAMED IN THE PARTY OF	2014									
	НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV			
Finandamento do SNS ('000€)	136.787	119.054	148.050	73.812	148.875	101.664	97.351			
N.º de doentes padrão	69.927	55.582	66.838	32.032	72.036	48.926	52.059			
Financiamento do SNS por doente padrão	1.956 €	2.142 €	2.215 €	2.304€	2.067 €	2.078€	1.870 €			

	2015									
	НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV			
Finandamento do SNS ('000€)	146.531	126.049	145.688	70.119	146.184	101.422	101.143			
N.º de doentes padrão	75.295	58.450	65.635	33.255	74.507	49.599	53.144			
Financiamento do SNS por doente padrão	1.946 €	2.157 €	2,220€	2.109€	1.962 €	2.045€	1.903 €			

Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

# Quadro 45 – Financiamento do Hospital de Braga (sem protocolos VIH e EM) e dos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, entre 2012 e 2015

	2012								
	НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV		
Finandamento do SNS ('000€)	116.272	172.309	167.097	91.168	163.965	115.712	101.103		
N.º de doentes padrão	58.643	53.134	62.850	27.078	67.052	47.121	45.510		
Financiamento do SNS por doente padrão	1.983 €	3.243 €	2.659€	3.367 €	2.445 €	2.456€	2,222€		

	2013									
	НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV			
Financiamento do SNS ('000€)	124.751	129.384	141.340	73.076	156.977	112.719	104.025			
N.º de doentes padrão	63.150	56.029	62.483	30.615	70.841	49.061	50.414			
Financiamento do SNS por doente padrão	1.975 €	2.309€	2.262€	2.387 €	2.216 €	2.298 €	2.063€			

<b>在大型的基本企业的企业。</b>	2014									
	НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV			
Finandamento do SNS ('000€)	132.405	119.054	148.050	73.812	148.875	101.664	97.351			
N.º de doentes padrão	67.185	55.582	66.838	32.032	72.036	48.926	52.059			
Financiamento do SNS por doente padrão	1.971€	2.142 €	2.215 €	2.304€	2.067 €	2.078 €	1.870 €			

Process of the second s	2015									
	НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV			
Finandamento do SNS ('000€)	138.828	126.049	145.688	70.119	146.184	101.422	101.143			
N.º de doentes padrão	72.172	58.450	65.635	33.255	74.507	49.599	53.144			
Financiamento do SNS por doente padrão	1.924 €	2.157 €	2.220€	2.109 €	1.962€	2.045 €	1.903 €			

Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

Página 217 de 332

Realizando a análise para o período compreendido entre 2012 e 2015, observa-se que os encargos do parceiro público com a PPP Hospital de Braga são, para todos os anos, inferiores à média do financiamento por doente padrão dos hospitais do Grupo de Referência EP, mesmo quando se consideram as transferências do Estado, ao invés dos gastos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência EP. Esta conclusão é apresentada nos gráficos seguintes.

Gráfico 74 – Evolução do financiamento do SNS ao Hospital de Braga e aos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão (com protocolos VIH e EM), entre 2012 e 2015

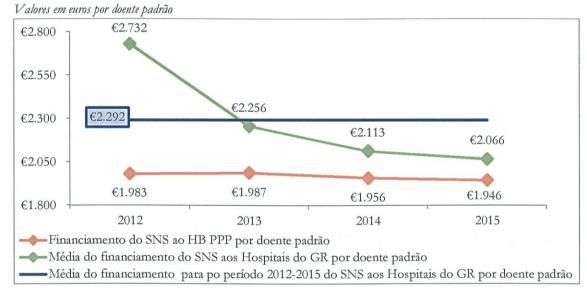
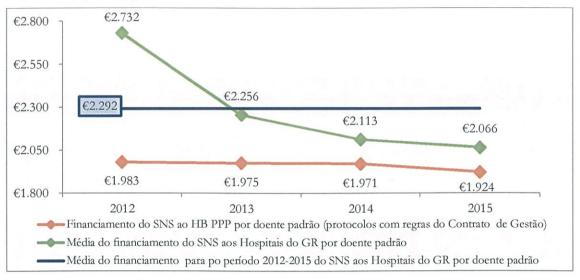


Gráfico 75 – Evolução do financiamento do SNS ao Hospital de Braga (sem protocolos VIH e EM) e aos hospitais do Grupo de Referência EP por doente padrão, entre 2012 e 2015





179. De seguida é apresentado o detalhe do financiamento por doente padrão para cada um dos hospitais que integram o Grupo de Referência EP, e a poupança média anual que representam os encargos do parceiro público com a PPP de Braga em face dos valores do Grupo de Referência EP, concluindo-se que a poupança total média do modelo PPP do Hospital de Braga, para o período compreendido entre 2012 e 2015, é bastante positiva.

Página 219 de 332

### Quadro 46 - Poupança média anual (com protocolos VIH e EM), entre 2012 e 2015

				D.	2012			
		НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV
Financiamento do SNS ('000	€)	116.272	172.309	167.097	91.168	163.965	115.712	101.103
N.º de doentes padrão		58.643	53.134	62.850	27.078	67.052	47.121	45.510
Financiamento do SNS po	r doente padrão	1.983 €	3.243 €	2.659€	3.367 €	2.445 €	2.456 €	2.222€
D 1			63,6%	34,1%	69,8%	23,3%	23,9%	12,0%
Poupança anual	'000€		73.903	39.640	81.172	27.131	27.734	14.009
Daumanaa mádia anual					3	7,8%		
Poupança média anual	'000€				4	3.931		

<b>"她我这么是这么是是</b>	NATIONAL PROPERTY.			2013			
	НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV
Financiamento do SNS ('000€)	128.519	129.384	141.340	73.076	156.977	112.719	104.025
N.º de doentes padrão	64.684	56.029	62.483	30.615	70.841	49.061	50.414
Financiamento do SNS por doente padr	ão 1.987 €	2.309 €	2.262€	2.387 €	2.216 €	2.298 €	2.063 €
D		16,2%	13,8%	20,1%	11,5%	15,6%	3,9%
Poupança anual '000€		20.852	17.800	25.877	14.814	20.093	4.950
D / 12 1	V. 11			1.	3,5%		
Poupança média anual '000€				17	7.398		

Market Mark			Zer (		2014			
		НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV
Financiamento do SNS ('000€	)	136.787	119.054	148.050	73.812	148.875	101.664	97.351
N.º de doentes padrão		69.927	55.582	66.838	32.032	72.036	48.926	52.059
Financiamento do SNS por	doente padrão	1.956 €	2.142 €	2.215 €	2.304 €	2.067 €	2.078 €	1.870 €
D			9,5%	13,2%	17,8%	5,7%	6,2%	-4,4%
Poupança anual	'000€		12.996	18.107	24.349	7.731	8.516	-6.022
D (11 1					8	,0%		
Poupança média anual	'000€				10	0.946		

Military Market					2015			
		НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV
Financiamento do SNS ('000€)		146.531	126.049	145.688	70.119	146.184	101.422	101.143
N.º de doentes padrão		75.295	58.450	65.635	33.255	74.507	49.599	53.144
Financiamento do SNS por	doente padrão	1.946 €	2.157 €	2.220 €	2.109 €	1.962 €	2.045 €	1.903 €
D			10,8%	14,1%	8,3%	0,8%	5,1%	-2,2%
Poupança anual	'000€		15.845	20.601	12.230	1.201	7.435	-3.231
dia anual					6	,2%		
Poupança media anuai	ıpança média anual '000€				9	.013		

Unid.:'000€			L				
Total da poupança entre 2012 e 2015	НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV
Encargos totais	528.109	546.796	602.176	308.175	616.000	431.516	403.622
Poupança total		123.596	96.147	143.627	50.877	63.777	9.706
Poupança total média				8	1.288		

Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

Quadro 47 - Poupança média anual (sem protocolos VIH e EM), entre 2012 e 2015

			LATE!		2012			
		НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV
Financiamento do SNS ('00	0€)	116.272	172.309	167.097	91.168	163.965	115.712	101.103
N.º de doentes padrão		58.643	53.134	62.850	27.078	67.052	47.121	45.510
Financiamento do SNS p	or doente padrão	1.983 €	3.243 €	2.659 €	3.367 €	2.445 €	2.456 €	2,222€
n 1			63,6%	34,1%	69,8%	23,3%	23,9%	12,0%
Poupança anual	'000€		73.903	39.640	81.172	27.131	27.734	14.009
D / I' 1					3	7,8%		
Poupança média anual	'000€				4.	3.931		

COLORESCO DE LA COLORESCO DE L					2013			
		НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV
Financiamento do SNS ('000€)		124.751	129.384	141.340	73.076	156.977	112.719	104.025
N.º de doentes padrão		63.150	56.029	62.483	30.615	70.841	49.061	50.414
Financiamento do SNS por	doente padrão	1.975 €	2.309 €	2.262€	2.387 €	2.216 €	2.298 €	2.063 €
P 1			16,9%	14,5%	20,8%	12,2%	16,3%	4,5%
Poupança anual	'000€		21.077	18.097	25.983	15.182	20.336	5.552
D					1	4,2%		
Poupança média anual	'000€				1'	7.705		

	STORY THE				2014			
人名英格兰		НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV
Financiamento do SNS ('000€	)	132.405	119.054	148.050	73.812	148.875	101.664	97.351
N.º de doentes padrão		67.185	55.582	66.838	32.032	72.036	48.926	52.059
Financiamento do SNS por	doente padrão	1.971€	2.142 €	2.215 €	2.304 €	2.067 €	2.078 €	1.870 €
D 1			8,7%	12,4%	16,9%	4,9%	5,4%	-5,1%
Poupança anual	'000€		11.505	16.415	22.412	6.446	7.200	-6.767
D /1' 1					7	,2%		
Poupança média anual	'000€				9	0.535		

12.222.23.23					2015			
		НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV
Financiamento do SNS ('000€	)	138.828	126.049	145.688	70.119	146.184	101.422	101.143
N.º de doentes padrão		72.172	58.450	65.635	33.255	74.507	49.599	53.144
Financiamento do SNS por	doente padrão	1.924 €	2.157 €	2.220 €	2.109 €	1.962 €	2.045 €	1.903 €
D 1			12,1%	15,4%	9,6%	2,0%	6,3%	-1,1%
Poupança anual	'000€		16.814	21.372	13.348	2.777	8.753	-1.471
D / 12 1					7	,4%		
Poupança média anual	'000€				1	0.266		

Unid.:'000€							
Total da poupança entre 2012 e 2015	НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV
Encargos totais	512.256	546.796	602.176	308.175	616.000	431.516	403.622
Poupança total		123.299	95.524	142.916	51.537	64.023	11.323
Poupança total média				8	1.437		

180. Em suma, tendo por base a análise efetuada, conclui-se que, no período analisado, a parceria de Braga permitiu a obtenção de uma poupança significativa para o erário público, quando comparados os encargos do parceiro público com a PPP Hospital de Braga com os valores de encargos que se obteriam caso fossem considerados os gastos unitários médios dos hospitais do Grupo de Referência EP aplicados à produção do Hospital de Braga.

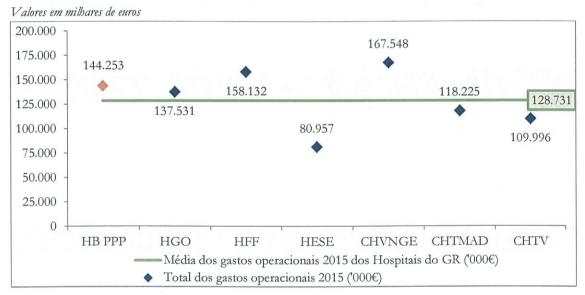
Página 221 de 332

## **3.2.1.2.4.** Análise da eficiência em termos relativos face ao Grupo de Referência

181. Tendo por base o enquadramento descrito no ponto 3.2.1.1.8. *supra*, no presente ponto analisa-se a eficiência da PPP de Braga por comparação com a dos hospitais que constituem o Grupo de Referência EP, analisando os resultados dos indicadores que se apresentam de seguida.

No gráfico seguinte, apresentam-se os gastos totais dos hospitais do Grupo de Referência EP e do Hospital de Braga e a relação dos mesmos com a média de gastos do Grupo de Referência EP, para o ano de 2015.

<u>Gráfico 76 – Total de gastos operacionais em 2015 e relação com a média do Grupo de Referência EP</u>



Fonte: R&C's e balancetes analíticos do Hospital de Braga e dos hospitais EPE.

Tal como se verifica no gráfico *supra*, os gastos operacionais, em valor absoluto, do Hospital de Braga para o ano de 2015, são superiores à média dos custos dos hospitais do Grupo de Referência EP. No entanto, tendo em consideração a diferença de complexidade e de magnitude da produção dos hospitais analisados no gráfico *supra*, uma mera comparação de valores absolutos de gastos não permite, de *per se*, retirar conclusões sobre a eficiência do Hospital de Braga.

182. Assim, no quadro seguinte apresentam-se os gastos anuais por hospital, apresentados no gráfico anterior, mas divididos pelo respetivo número de doentes padrão, de forma a permitir a comparabilidade dos valores. Os valores assinalados a vermelho e a verde representam os valores mais elevados e os valores mais baixos, respetivamente, para cada ano. Com exceção do ano de 2013, o Hospital de Braga foi sempre o hospital que apresentou gastos por doente padrão mais reduzidos entre o universo do Grupo de Referência EP.

Quadro 48 – Total de gastos operacionais por doente padrão, no período de 2012-2015

THE PROPERTY OF THE PARTY OF			No.	2012			
	НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV
Total de gastos operacionais ('000€)	125.653	131.526	142.672	77.642	155.949	115.894	105.136
N.º de doentes padrão	58.643	53.134	62.850	27.078	67.052	47.121	45.510
Gastos operacionais por doente padrão	2.143 €	2.475€	2.270 €	2.867 €	2.326 €	2.460€	2.310 €

ENTRE LIGHTER CONT.				2013			
	НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV
Total de gastos operacionais ('000€)	137.026	131.714	141.366	79.068	157.728	117.855	106.164
N.º de doentes padrão	64.684	56.029	62.483	30.615	70.841	49.061	50.414
Gastos operacionais por doente padrão	2,118 €	2.351€	2.262 €	2.583 €	2.226 €	2.402€	2.106 €

<b>《</b> 在 1				2014			
	НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV
Total de gastos operacionais ('000€)	138.707	130.095	151.846	79.577	158.466	114.959	105.630
N.º de doentes padrão	69.927	55.582	66.838	32.032	72.036	48.926	52.059
Gastos operacionais por doente padrão	1.984 €	2.341€	2.272€	2.484 €	2.200 €	2.350€	2.029 €

The late of the la				2015			
distribution de la company	НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV
Total de gastos operacionais ('000€)	144.253	137.531	158.132	80.957	167.548	118.225	109.996
N.º de doentes padrão	75.295	58.450	65.635	33.255	74.507	49.599	53.144
Gastos operacionais por doente padrão	1.916 €	2.353€	2.409€	2.434 €	2,249 €	2.384 €	2.070 €

Fonte: R&C's e balancetes analíticos do Hospital de Braga e dos hospitais EPE e informação disponibilizada pela ACSS.

Nota: O cálculo do doente padrão teve por base o ICM desagregado e o agrupador AP21.

No gráfico que se apresenta a seguir, compara-se o gasto por doente padrão dos hospitais do Grupo de Referência EP e do Hospital de Braga, para o ano de 2015, com a média dos gastos por doente padrão dos hospitais do Grupo de Referência EP. Note-se que este indicador permite uma comparação direta entre os vários hospitais que integram a presente análise já que se trata de uma medida por unidade de produção.

Página 223 de 332

### Valores em euros por doente padrão 3.000 €2.434 €2.384 €2.409 €2.353 €2.070 €2.249 2.500 €2.316 2.000 €1.916 1.500 1.000 500 0 HB PPP **HGO** HFF HESE CHVNGE CHTMAD CHTV Gastos operacionais por doente padrão 2015 ('000€) •Média dos gastos operacionais por doente padrão 2015 dos Hospitais do GR (′000€)

Gráfico 77 - Gastos operacionais por doente padrão em 2015

<u>Fonte</u>: R&C's e balancetes analíticos do Hospital de Braga e dos hospitais EPE e informação disponibilizada pela ACSS.

<u>Nota:</u> O cálculo do doente padrão teve por base o ICM desagregado e o agrupador AP21.

O gráfico apresentado *supra* permite concluir que os gastos operacionais do Hospital de Braga são inferiores à média de gastos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência EP, o que poderá de certa forma denotar, em termos relativos, uma gestão mais eficiente dos custos por parte da EGEST.

183. Adicionalmente realizaram-se análises aos gastos com pessoal (em valor absoluto e por doente padrão), de forma a aferir, também, o nível de eficiência do Hospital de Braga face aos hospitais do Grupo de Referência EP, apresentando-se os resultados desta análise, seguidamente. É importante referir que os gastos com pessoal foram ajustados pelos gastos incorridos com serviços clínicos prestados por terceiras entidades (contabilizados em FSE´s). Com base nesta análise conclui-se que o Hospital de Braga demonstrou o melhor nível de eficiência ao nível dos gastos com pessoal ao longo de todo o período analisado.

Quadro 49 – Gastos ajustados com pessoal por doente padrão, no período de 2012-2015

				2012	1000		
	НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV
Gastos com o pessoal ('000€)	59.225	66.565	66.560	38.573	84.139	63.713	61.572
Gastos com prestadores de serviços clínicos ('000€)	5.247	1.594	10.070	1.904	784	2.478	1.600
Total de gastos ajustados com pessoal ('000€)	64.472	68.159	76.630	40.477	84.923	66.191	63.172
N.º de doentes padrão	58.643	53.134	62.850	27.078	67.052	47.121	45.510
Gastos ajustados com pessoal por doente padrão	1.099€	1.283 €	1.219€	1.495€	1.267€	1.405 €	1.388€

				2013			
	НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV
Gastos com o pessoal ('000€)	63.869	66.487	67.428	40.539	89.060	65.862	63.366
Gastos com prestadores de serviços clínicos ('000€)	9.339	2.382	9.238	1.152	774	2.306	1.281
Total de gastos ajustados com pessoal ('000€)	73.208	68.870	76.666	41.691	89.834	68.168	64.647
N.º de doentes padrão	64.684	56.029	62.483	30.615	70.841	49.061	50.414
Gastos ajustados com pessoal por doente padrão	1.132€	1.229€	1.227€	1.362€	1.268€	1.389€	1.282€

<b>表示。</b>				2014			
	НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV
Gastos com o pessoal ('000€)	65.190	65.830	67.585	40.316	88.020	64.993	63.166
Gastos com prestadores de serviços clínicos ('000€)	8.946	2.800	8.001	1.161	722	1.732	1.516
Total de gastos ajustados com pessoal ('000€)	74.136	68.629	75.585	41.477	88.742	66.725	64.682
N.º de doentes padrão	69.927	55.582	66.838	32.032	72.036	48.926	52.059
Gastos ajustados com pessoal por doente padrão	1.060€	1.235 €	1.131€	1.295€	1.232€	1.364 €	1.242€

				2015			
	НВ РРР	HGO	HFF	HESE	CHVNGE	CHTMAD	CHTV
Gastos com o pessoal ('000€)	67.502	69.272	72.502	41.104	89.103	66.005	64.370
Gastos com prestadores de serviços clínicos ('000€)	9.374	3.075	5.262	1.492	681	1.438	1.231
Total de gastos ajustados com pessoal ('000€)	76.875	72.347	77.765	42.597	89.785	67.443	65.601
N.º de doentes padrão	75.295	58.450	65.635	33.255	74.507	49.599	53.144
Gastos ajustados com pessoal por doente padrão	1.021€	1.238€	1.185€	1.281€	1.205€	1.360€	1.234€

Fonte: R&C's e balancetes analíticos do Hospital de Braga e dos hospitais EPE e informação disponibilizada pela ACSS.

Nota: Gastos com o pessoal ajustados pelos gastos incorridos com serviços clínicos prestados por terceiras entidades (gastos com honorários, subcontratos e trabalhos especializados) reconhecidos na rubrica de Fornecimentos e Serviços Externos.

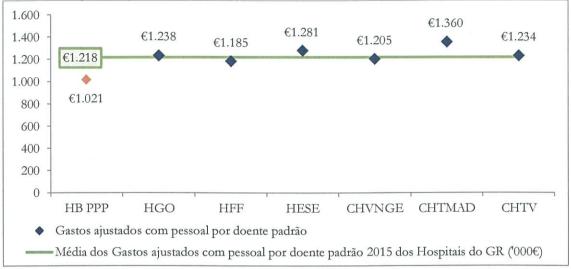
Os gráficos que se seguem, permitem concluir, mais uma vez, que a PPP de Braga foi eficiente na gestão dos seus custos, neste caso ao nível dos gastos com o pessoal, durante o período 2012 – 2015, já que através do Gráfico 79 se verifica que os gastos com pessoal por doente padrão de Braga são sempre inferiores à média do mesmo indicador no caso dos hospitais do Grupo de Referência EP.

Para o ano de 2015, especificamente, e tal como apresentado no Gráfico 78, é possível concluir que os gastos com pessoal ajustados por doente padrão do Hospital de Braga são inferiores à média dos hospitais do Grupo de Referência EP.

Página 225 de 332

Gráfico 78 - Total de gastos ajustados com pessoal por doente padrão em 2015

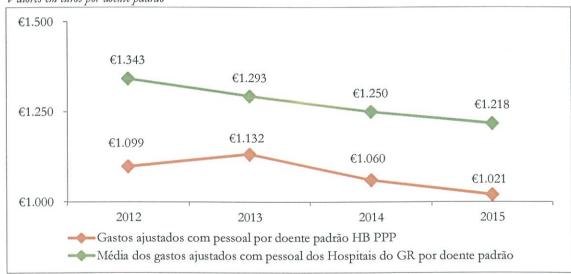
Valores em euros por doente padrão



<u>Fonte</u>: R&C's e balancetes analíticos do Hospital de Braga e dos hospitais EPE e informação disponibilizada pela ACSS.
 <u>Nota</u>: Gastos com o pessoal ajustados pelos gastos incorridos com serviços clínicos prestados por terceiras entidades (gastos com honorários, subcontratos e trabalhos especializados) reconhecidos na rubrica de Fornecimentos e Serviços Externos.

## <u>Gráfico 79 – Gastos ajustados com pessoal por doente padrão do Hospital de Braga (2012 a 2015)</u>

Valores em euros por doente padrão

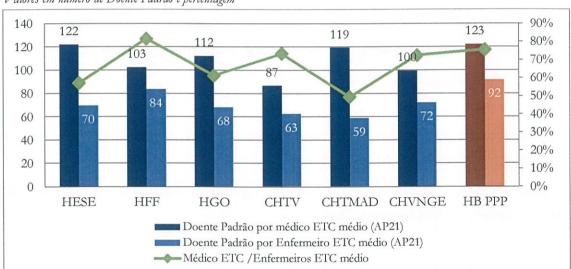


<u>Fonte</u>: R&C's e balancetes analíticos do Hospital de Braga e dos hospitais EPE e informação disponibilizada pela ACSS.
 <u>Nota:</u> Gastos com o pessoal ajustados pelos gastos incorridos com serviços clínicos prestados por terceiras entidades (gastos com honorários, subcontratos e trabalhos especializados) reconhecidos na rubrica de Fornecimentos e Serviços Externos.

Mediante a análise do gráfico apresentado *infra*, conclui-se que o Hospital de Braga é a unidade hospitalar que, em termos médios, no período analisado, registou maior nível de

produtividade ao nível dos recursos humanos, ao apresentar os maiores números de doente padrão por médico ETC e de doente padrão por enfermeiro ETC, ainda que o rácio de Médico ETC/Enfermeiro ETC tenha sido superior ao da maioria dos hospitais que constituem o Grupo de Referência EP.

<u>Gráfico 80 - Produtividade dos recursos humanos por doente padrão ajustado em termos médios (2012-2015)</u>



Valores em número de Doente Padrão e percentagem

Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

184. No que diz respeito ao índice de demora média ajustada, o gráfico apresentado de seguida permite verificar que o índice do Hospital de Braga foi sempre inferior ao da média dos hospitais do Grupo de Referência EP ao longo do período analisado, sendo o seu índice inferior a 1, o que denota que, considerando a severidade dos "seus" doentes, apresenta uma demora média comparavelmente inferior à do Grupo de Referência EP. O índice de demora média ajustada afigura-se, com efeito, mais representativo da realidade do hospital em causa, uma vez que este indicador procede ao ajustamento da demora média da instituição hospitalar em função da sua distribuição de episódios pelos diferentes níveis de severidade da doença, incorporando portanto o impacto da casuística na demora média.

Página 227 de 332

1,02 0,97 1,01 0.99 1,00 0,98 0,97 0,97 0,96 0,96 0,95 0,91 0,92 0,88 0,90 0,88 0,90 0,87 0,86 0,85 0,83 0,80 2012 2013 2014 2015 - HB PPP · · · ◆ · · HC PPP · · ★ · · HVFX PPP · · · ★ · · HBA PPP Média do GR -

Gráfico 81 - Índice de demora média ajustada, no internamento

185. No que diz respeito à percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias, o valor do Hospital de Braga encontrou-se sempre abaixo da percentagem média dos hospitais do Grupo de Referência EP, embora superior às percentagens verificadas nas PPP de Cascais e de Vila Franca de Xira.

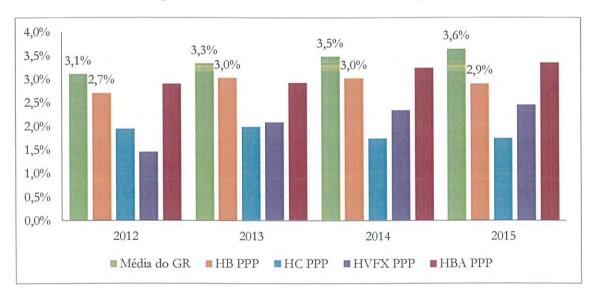


Gráfico 82 - Percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias

Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

186. Por outro lado, importa referir o facto de a taxa de reinternamento em 30 dias do Hospital de Braga se apresentar também inferior à taxa média registada pelos hospitais

do Grupo de Referência EP, o que poderá indiciar que a maior eficiência relativa do Hospital de Braga a este nível não tem sido conseguida com prejuízo dos resultados assistenciais.

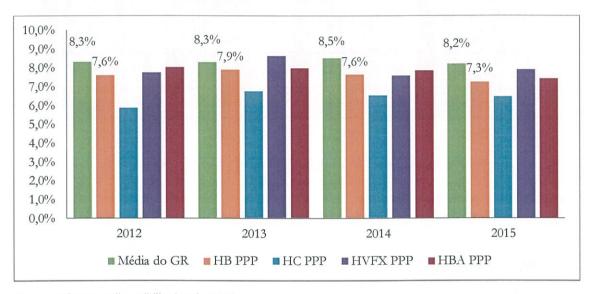


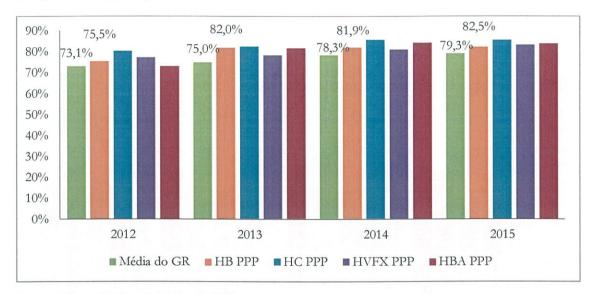
Gráfico 83 - Taxa de reinternamentos em 30 dias

Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

187. No que concerne à percentagem de cirurgias de ambulatório face ao total de cirurgias programadas para procedimentos ambulatorizáveis, constata-se que o Hospital de Braga apresentou valores relativamente alinhados com a média do Grupo de Referência EP.

ágina 229 de 332

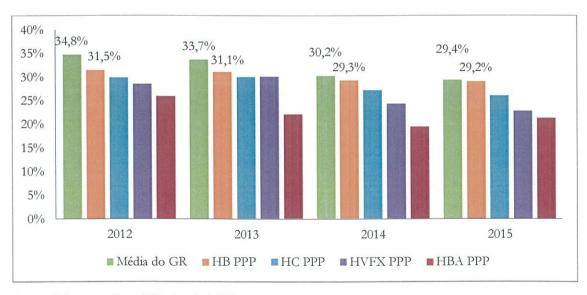
<u>Gráfico 84 – Percentagem de cirurgias de ambulatório face ao total de cirurgias programadas para procedimentos ambulatorizáveis</u>



Nota: Os valores de referência referem-se aos valores determinados pela ACSS.

188. A percentagem média de cesarianas face ao total de partos realizados no Hospital de Braga apresentou uma tendência de decréscimo ao longo do período analisado, em linha com a tendência também verificada ao nível dos hospitais do Grupo de Referência EP. Em termos de posicionamento relativo, verifica-se que o Hospital de Braga apresentou um resultado melhor do que a média do Grupo de Referência EP, mas pior do que o registado nas demais PPP hospitalares.

Gráfico 85 - Percentagem de cesarianas no total de partos



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

189. Em suma, tendo por base a análise efetuada, conclui-se que a parceria de Braga, comparativamente com a generalidade dos hospitais que constituem o seu Grupo de Referência EP, apresentou um nível de eficiência inequivocamente superior ao nível da estrutura de custos e de recursos humanos, bem como também ao nível da demora média quando ajustada pela complexidade da sua casuística, sem que tal tenha comprometido, aparentemente – e a avaliar apenas pela taxa de reinternamentos em 30 dias – os resultados assistenciais.

Ao nível dos demais indicadores de atividade clínica analisados, o Hospital de Braga apresenta-se relativamente alinhado com a média do Grupo de Referência EP.

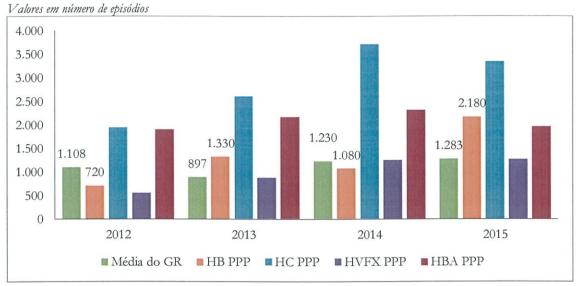
3.2.1.2.5. Análise da qualidade/eficácia em termos relativos face ao Grupo de Referência

190. Tendo por base o enquadramento descrito no ponto 3.2.1.1.9. *supra*, no presente ponto analisa-se a qualidade/eficácia da PPP de Braga por comparação com a dos hospitais que constituem o Grupo de Referência EP, bem como com os hospitais em regime de PPP tendo por base os resultados dos indicadores que se apresentam de seguida.

191. No gráfico seguinte, apresenta-se a evolução do indicador sépsis pós-operatória por 100.000 episódios, constatando-se que o Hospital de Braga apresentou no período analisado um incremento considerável neste indicador, de 720, em 2012, para 2.180, em 2015. O Hospital de Braga apresentou um resultado menos satisfatório do que a média dos hospitais do Grupo de Referência EP nos anos de 2013 e 2015, tendo em 2015 registado um valor consideravelmente superior ao dos demais hospitais em regime de PPP (com exceção do Hospital de Cascais).

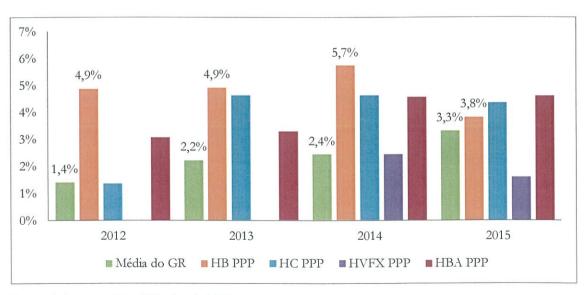
Párina 231 de 332

<u>Gráfico 86 – Sépsis pós operatória por 100.000 episódios</u>



192. Entre 2012 e 2015, a percentagem de partos vaginais instrumentados com laceração do 3.º e 4.º graus registada pelo Hospital de Braga foi superior à dos hospitais do Grupo de Referência EP, bem como aos hospitais em regime de PPP (com exceção do ano de 2015), como o demonstram os dois gráficos apresentados *infra*.

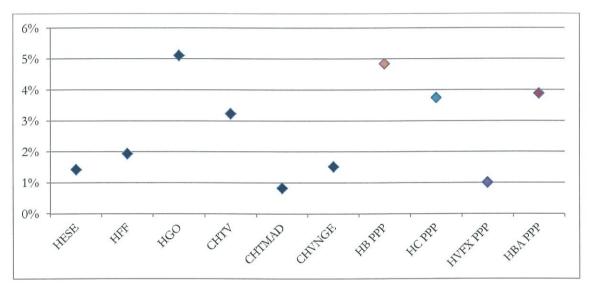
<u>Gráfico 87 – Percentagem de partos vaginais instrumentados com laceração do 3.º e 4.º graus no período de 2012-2015</u>



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

193. Em termos médios, no período de 2012-2015, o Hospital de Braga foi o segundo pior hospital do Grupo de Referência EP em termos de percentagem de partos vaginais instrumentados com laceração do 3.º e 4.º graus (cfr. gráfico seguinte).

Gráfico 88 – Percentagem de partos vaginais instrumentados com laceração do 3ª e 4ª graus em termos médios no período de 2012-2015



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

194. No que respeita à percentagem de cirurgias de anca efetuadas nas primeiras 48 horas, o Hospital de Braga evidenciou uma melhoria significativa nos dois últimos anos em termos de posicionamento relativo, apresentando, em 2015, resultados melhores do que a média dos resultados do Grupo de Referência EP.

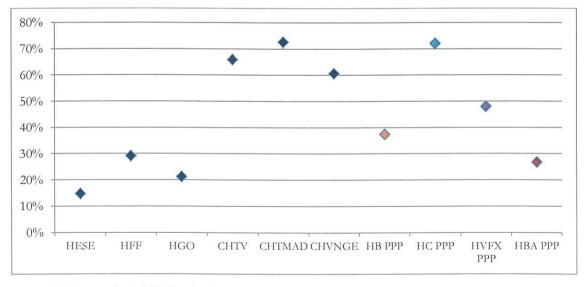
Página 233 de 332

80% 70% 54,6% 60% 46,2% 44.9% 44,0% 50% 44,1% 42,3% 40% 28,8% 30% 21,5% 20% 10% 0% 2012 2013 2015 2014 ■ Média do GR ■ HB PPP ■ HC PPP ■ HVFX PPP

Gráfico 89 - Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas

195. Quando analisados os valores médios no período de 2012-2015, constata-se que o Hospital de Braga ocupa a 4.ª posição no ranking dos melhores hospitais do Grupo de Referência EP, e de 3.º no grupo das 4 PPP.

<u>Gráfico 90 – Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas em termos médios (2012-2015)</u>



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

196. Relativamente à percentagem de primeiras consultas face ao total de consultas realizadas por cada hospital, tal como ilustrado seguidamente, o Hospital de Braga apresentou em todos os anos analisados resultados superiores aos registados pela média dos hospitais do Grupo de Referência EP, embora, ainda assim, inferiores aos valores de referência definidos anualmente para este parâmetro.

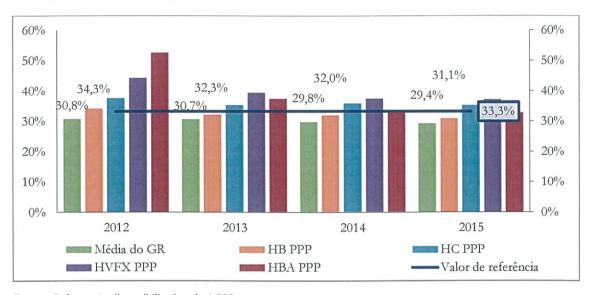


Gráfico 91 - Percentagem de primeiras consultas no total de consultas

Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

Notas: (1) A elevada percentagem de primeiras consultas face ao total de consultas registadas pelo Hospital de Loures em 2012 deve-se ao facto de este ser um novo hospital (não de substituição) cuja atividade se iniciou precisamente em 2012.

2) Os valores de referência referem-se aos valores determinados em cada ano - nos termos do previsto contratualmente - para efeitos de avaliação dos respetivos parâmetros de desempenho.

197. No que concerne à lista de espera para consultas e à lista de espera de utentes inscritos para a cirurgia, da análise dos dois gráficos seguidamente apresentados verifica-se que em ambos os casos os valores relativos ao Hospital de Braga têm-se situado bastante acima quer da média dos hospitais do Grupo de Referência EP, quer dos valores apresentados pelas restantes PPP.

Gráfico 92 - Lista de Espera para Consultas - LEC (pedidos não concluídos)

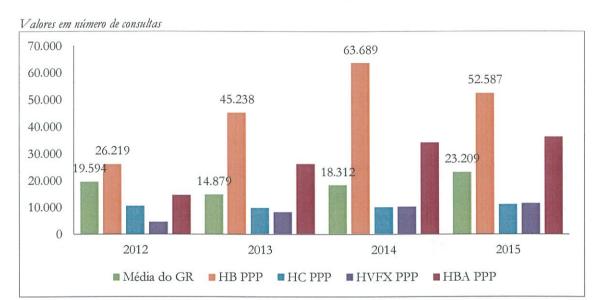
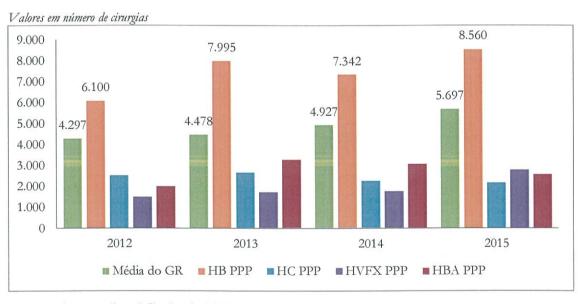


Gráfico 93 – Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC)

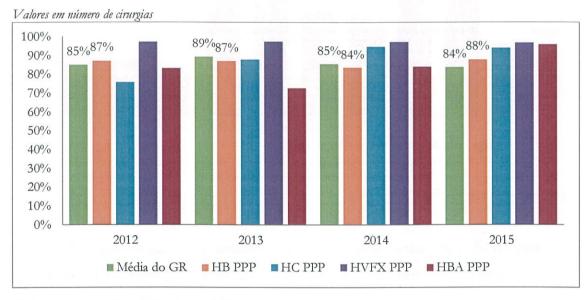


Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

Ainda relativamente à lista de inscritos para cirurgia, importa referir que no último ano o Hospital de Braga, apesar de uma lista de inscritos para cirurgia superior, tanto à média dos hospitais do Grupo de Referência EP como à verificada nos demais hospitais em regime de PPP, apresentou uma percentagem da lista de inscritos com tempo de espera

menor ou igual ao TMRG superior àquela que foi verificada em média no Grupo de Referência EP.

Gráfico 94 – Percentagem da Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) com tempo de espera menor ou igual ao TMRG

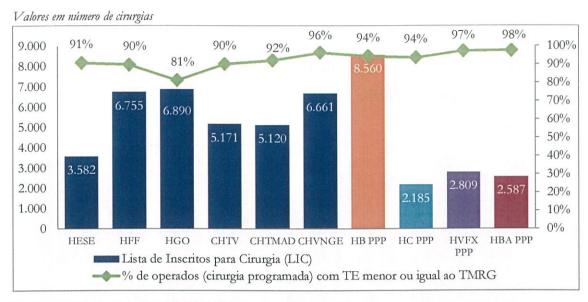


Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

No gráfico seguinte, é efetuada a análise conjunta da lista de inscritos para cirurgia e a percentagem de cirurgias que foram realizadas dentro do TMRG. Tal como pode ser observado, o Hospital de Braga, não obstante ter apresentado, em 2015, a maior lista de inscritos para cirurgia entre as diferentes unidades hospitalares analisadas, registou ainda assim uma percentagem de cirurgias realizadas dentro do TMRG comparável com os demais e até superior a algumas dessas unidades hospitalares.

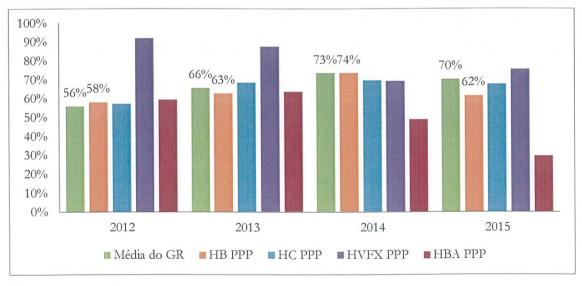
Página 237 de 332

Gráfico 95 - LIC versus percentagem de operados (cirurgia programada) com tempo médio menor ou igual ao TMRG, no ano de 2015



198. Ao nível da percentagem de primeiras consultas realizadas em cumprimento do TMRG, o Hospital de Braga tem-se mantido relativamente em linha com a média do Grupo de Referência EP, com exceção dos anos de 2013 e de 2015, em que apresentou valores abaixo da média.

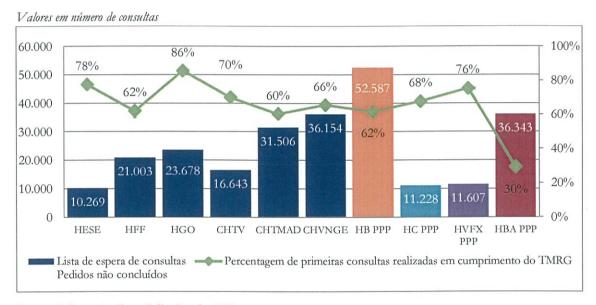
<u>Gráfico 96 - Percentagem de primeiras consultas realizadas em cumprimento do</u> TMRG



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

De seguida apresenta-se a análise conjunta da lista de espera para consulta e a percentagem de primeiras consultas realizadas em 2015 em cumprimento do TMRG, constatando-se, que o Hospital de Braga, para além de apresentar a lista de espera mais significativa, regista ainda um dos valores mais reduzidos de cumprimento do TMRG no caso das primeiras consultas.

<u>Gráfico 97 – Lista de Espera para Consultas (pedidos não concluídos) versus</u> percentagem de primeiras consultas realizadas em cumprimento do TMRG no ano de 2015



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

199. Em face do exposto, e tendo por base a análise efetuada, conclui-se que a qualidade/eficácia da parceria de Braga se encontra, em termos globais, relativamente em linha com a da generalidade dos hospitais que constituem o seu Grupo de Referência EP, embora existam alguns indicadores nos quais o Hospital de Braga apresenta resultados inferiores aos do Grupo de Referência EP e até às demais PPP, merecendo os mesmos alguma reflexão sobretudo do ponto de vista das necessárias e desejáveis medidas de melhoria a implementar sobretudo nos seguintes casos:

"Percentagem de partos vaginais instrumentados com laceração do 3.º e 4.º
grau", onde o Hospital de Braga ocupa uma das piores posições do ranking

Página 239 de 332

- quando considerado quer o Grupo de Referência EP, quer o conjunto das quatro PPP hospitalares;
- "Sépsis pós-operatória", onde importa perceber, sobretudo, a que se deveu o aumento expressivo verificado em 2015;
- "Lista de espera para consultas" que se apresentava como a mais elevada entre as várias unidades hospitalares analisadas, explicando, portanto, de certa forma, o facto de o Hospital de Braga apresentar também uma percentagem de cumprimento do TMRG nas consultas abaixo dos valores verificados na generalidade das demais unidades hospitalares.

### 3.2.1.3. AVALIAÇÃO DA PPP NA ÓTICA DO GESTOR DO CONTRATO

200. Ainda no contexto da avaliação do Contrato de Gestão, a Metodologia reclama a ponderação da *Performance individual da PPP*, traduzida na opinião do Gestor do Contrato (ARSN) relativamente à *execução contratual de facto*, *i.e.*, ao desempenho do parceiro privado ao longo do período de execução já decorrido.

Para este efeito, proceder-se-á, nos números subsequentes, à descrição da avaliação feita pelo Gestor do Contrato da PPP de Braga, com base nas informações por este disponibilizadas relativamente aos anos de 2010 a 2016<sup>91</sup>, incluindo os relatórios anuais de desempenho.

**201.** De uma maneira geral, verifica-se que a *produção* prevista tem sido atingida em todas as linhas de atividade, salvo no que respeita ao hospital de dia, em que tal só veio a suceder em 2015.

Exceção foi igualmente o ano de 2011, ano da transferência para o novo edifício hospitalar, marcado pela circunstância atípica de nenhuma linha de produção ter alcançado o volume previsto. A transição para o novo edifício hospitalar, situação de grau de dificuldade elevado, nomeadamente numa unidade hospitalar com a dimensão e o perfil assistencial do Hospital de Braga, associada a uma previsão de produção pela EGEST aparentemente muito otimista, determinaram que isso se tenha verificado.

Quanto ainda à atividade assistencial, sublinhe-se que tem havido sempre uma resposta positiva da EGEST aos pedidos de prestação de serviços adicionais da EPC, nomeadamente ao abrigo do n.º 3 da cláusula 24ª do Contrato de Gestão, no âmbito de serviços associados a intervenções dinamizadas pela ARSN na respetiva região.

É importante registar o forte aumento da procura do Hospital de Braga, com particular relevância nos últimos 3 anos, que tem originado a degradação de alguns indicadores de acesso, em particular na área da consulta externa, com valores bastante superiores aos valores médios registados na região, com óbvia penalização da população que o Hospital serve. Esta situação não é transversal a todas as especialidades, mas nalguns

Pálina 241 de 332

<sup>91</sup> Os 4 meses de vigência no ano de 2009 não foram objeto de avaliação de desempenho por parte da EPC.

casos configura-se como preocupante, com tempos máximos de resposta garantidos completamente insatisfatórios, cuja reversão deve ser procurada com urgência.

**202.** Nos termos da cláusula 53.ª do Contrato de Gestão, a avaliação do *desempenho* da EGEST é efetuada, quer por áreas de avaliação, quer de forma global.

A avaliação por áreas compreende as seguintes três componentes:

- Resultados: é avaliado o desempenho anual da EGEST no cumprimento dos Parâmetros de Desempenho de Resultado ("PDR") estabelecidos no Apêndice 1 do Anexo X ao Contrato de Gestão;
- Serviço: é avaliado o desempenho anual da EGEST no cumprimento dos Parâmetros de Desempenho de Serviço ("PDS") estabelecidos no Apêndice 2 do Anexo X ao Contrato de Gestão;
- Índice de satisfação dos Utentes: é avaliado nos termos do Anexo X ao Contrato de Gestão.

Relativamente à componente Resultados, conforme se verifica no quadro seguinte, a generalidade dos parâmetros de desempenho têm sido avaliados, com a exceção de dois deles, cujo cálculo não se tem sistematicamente concretizado, por impossibilidade de em tempo oportuno se conseguir obter a informação necessária ao seu cálculo. Desconsiderando o ano de 2011, o nível de cumprimento é bom, situando-se o número de indicadores, cujo objetivo não é atingido, entre os 8,6% e 12,9% dos PDR's avaliados.

PDR's	2011	2012	2013	2014	2015	2016(*)
N.º PDR's aplicáveis	71	71	72	72	72	72
Avaliados	69	69	70	70	70	70
Não avaliados	2	2	2	2	2	2
N.º PDR's Avaliados	69	69	70	70	70	70
Em incumprimento	21	6	7	6	9	6
Que não originaram penalização	2	3	4	3	5	3
Que originaram penalização	19	3	3	3	4	3

<sup>(</sup>º) Resultados provisórios, passíveis de alteração no quadro do apuramento da remuneração definitiva da EGEST, em sede de reconciliação.

De referir ainda que em 3 situações de incumprimento com não penalização destas estão associadas aos indicadores tempo médio de resposta para realização de primeira

consulta, tempo médio para internamento cirúrgico programado e tempo médio para intervenção em cirurgia de ambulatório que, em virtude de a produção prevista ter sido sempre ultrapassada, não são, nestas circunstâncias, objeto de penalização, conforme previsto no n.º 11 do Anexo X ao Contrato de Gestão. As restantes referem-se a casos em que o incumprimento gera apenas a obrigação da EGEST de apresentar um relatório justificativo do desvio, com indicação de medidas que permitam ultrapassar a situação.

A análise dos *PDS* revela-se, de forma ainda mais evidente, francamente positiva, conforme se evidencia no próximo quadro:

PDS's	2011	2012	2013	2014	2015	2016(*)
N.º PDS's aplicáveis	26	26	26	26	26	26
Avaliados	26	26	26	26	26	18
Não avaliados	0	0	0	0	0	8
N.º PDS's Avaliados	26	26	26	26	26	26
Em incumprimento	2	1	1	1	1	1
Que não originaram penalização	0	0	0	0	0	0
Que originaram penalização	2	1	1	1	1	1

<sup>(</sup>¹) Resultados provisórios, passíveis de alteração no quadro do apuramento da remuneração definitiva da EGEST, em sede de reconciliação.

Neste particular, para os parâmetros avaliados – que correspondem à totalidade dos contratualmente estabelecidos –, os PDS incumpridos resumem-se, no período 2012-2015, a um: o parâmetro n.º 3, que contabiliza os episódios de internamento e ambulatório que são codificados fora de prazo.

As avaliações anuais globais de desempenho, realizadas nos termos da cláusula 53.ª do Contrato de Gestão, apresentam um único resultado de "insatisfatório", atribuído em 2011, tendo, de resto, a EGEST obtido as classificações de "bom", em 2012 e 2013, e "muito bom", em 2014 e 2015.

A experiência dos doentes no seu contacto com o hospital revela-se também francamente positiva, como demonstram os resultados dos *inquéritos de satisfação* apresentados no quadro seguinte.

Páging 243 de 332

Índice Médio	de Satisfa	ção		
Linha de Atividade	2012	2013	2014	2015
Cirurgia de ambulatório	88	89	89	89
Consulta externa	79	83	81	84
Hospital de Dia	83	85	87	88
Internamento	85	87	88	90
Urgência	77	76	78	77
Índice Médio de Satisfação Global	79	81	81	83

O índice médio de satisfação dos utentes do Hospital de Braga, apresenta no período 2013-2015, para todas as linhas de atividade, valores elevados. Considerando uma escala de 0 a 100, em que [0-40[ negativo, [40-60[ neutro, [60-80[ positivo e [80-100[ muito positivo, verifica-se que à exceção da urgência que apresenta valores abaixo dos 80 pontos, todas as outras áreas assistenciais se encontram no último escalão, com destaque para a cirurgia de ambulatório que, no período considerado, apresenta valores próximos dos 90 pontos.

A evolução do índice médio de satisfação global confirma a situação descrita, com os respetivos valores a apresentarem uma progressão contínua, o que dá mais solidez à apreciação favorável que os utentes fazem do Hospital. A própria urgência, área que na generalidade dos hospitais é normalmente penalizada neste tipo de inquéritos, apresenta valores muito satisfatórios.

203. Do ponto de vista da *gestão de qualidade*, o Hospital de Braga é uma das poucas unidades do país que, desde 2014, dispõe de um Sistema de Gestão Integrado da Qualidade, Ambiente e Segurança, que interliga a gestão clínica e a monitorização de indicadores de resultados e de processos com a garantia da segurança do doente.

Com acreditação global pelo Caspe Healthcare Knowledge System (CHKS) e certificação ISO de todos os serviços de apoio, no referencial ISO 9001:2008, o Hospital está na área ambiental certificado com o referencial ISO 14001:2012, possuindo ainda um Sistema de Gestão de Segurança e Saúde no Trabalho de acordo com os referenciais NP 4397:2008 e BS OHSAS 18001:2007. A instituição tem cumprido com sucesso as auditorias de acompanhamento que lhe são realizadas pelas entidades certificadoras, bem como as renovações periódicas das referidas certificações.

Conforme está contratualmente determinado a EGEST dispõe de um programa de monitorização dos Parâmetros de Desempenho de Resultado e de um sistema de triagem

de prioridades implementado na urgência geral, obstétrica e pediátrica, no caso vertente, o sistema de triagem de prioridades de Manchester.

No âmbito dos órgãos de apoio técnico previstos no Contrato de Gestão, foram criadas a Comissão de Ética para a Saúde, Comissão de Humanização e Qualidade dos Serviços, Comissão de Farmácia e Terapêutica e Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos. O Hospital dispõe ainda, entre outros, de uma Equipa de Gestão de Altas e de uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos.

204. Em termos de disponibilidade e *cooperação* com a EPC, é de assinalar a boa comunicação e entendimento que se tem registado entre as partes, sendo o relacionamento direto da Equipa de Gestão do Contrato feito com uma única interlocutora, cuja responsabilidade e atribuições na sua relação com a EPC, abrange todas as áreas funcionais. Esta é uma pessoa qualificada e conhecedora do Contrato e das obrigações e responsabilidades da Entidade Gestora.

As áreas de maior dificuldade de entendimento entre as partes, têm sido as relacionadas com a determinação da produção prevista, considerando os constrangimentos orçamentais que têm existido no âmbito da EPC e a metodologia de elegibilidade e validação da produção a aplicar nos processos de reconciliação. No primeiro caso, apesar dessas dificuldades, os procedimentos anuais de contratualização da produção têm sido sempre concretizados com o acordo das partes.

Por último, é importante referir que, do ponto de vista do fornecimento da informação contratualmente prevista pela EGEST, esta tem sido facultada nas datas estabelecidas, apresentando uma qualidade e rigor que cobrem adequadamente as necessidades de acompanhamento do Contrato de Gestão. Sublinha-se ainda que os pedidos adicionais de informação realizados pela EPC têm sido disponibilizados nos prazos oportunamente definidos.

Página 245 de 332

### 3.2.1.4. AVALIAÇÃO DA PARCERIA NA ÓTICA DOS DEMAIS STAKEHOLDERS

205. No âmbito da sua atividade, a EGEST relaciona-se com diversos *stakeholders*, destacando-se os próprios utentes, os colaboradores e as entidades referenciadas e referenciadoras.

A Equipa de Projeto considerou que, no âmbito da sua análise, e, concretamente, para efeitos de avaliação da prestação do parceiro privado nas várias vertentes previstas no Contrato de Gestão, assumir-se-ia como um ponto relevante – em consonância, aliás, com a Metodologia exposta *supra* – a obtenção de uma avaliação da PPP por parte dos referidos *stakeholders*.

Neste Capítulo, apresenta-se, apenas, a opinião dos *stakeholders* do Hospital de Braga ao nível das redes de referenciação, tendo a opinião dos demais *stakeholders* (utentes e colaboradores), sido analisada no ponto 3.2.1.1.9. do presente Relatório.

206. Com efeito, a EGEST, no contexto da sua atividade assistencial, mantém um relacionamento recorrente ao nível das redes de referenciação, seja quando funciona como entidade referenciada, seja como entidade referenciadora.

A integração do Hospital de Braga no SNS e, em concreto, a sua articulação com as redes de referenciação no que concerne à transferência e fluxos de utentes, encontra-se regulada nas cláusulas 32.ª a 35.ª do Contrato de Gestão, sendo de destacar o facto de esta articulação ser objeto de monitorização por parte da EPC, podendo o incumprimento contratual da EGEST, a este respeito, traduzir-se na aplicação de deduções ao valor da sua remuneração, nos termos da cláusula 54.ª daquele contrato.

Assim, qualquer transferência de utentes realizada fora dos casos previstos nos n.ºs 3 e 4 da cláusula 32.ª do Contrato de Gestão é classificada como uma transferência indevida e constitui uma falha específica de desempenho nos termos da cláusula 54.ª do mesmo contrato, dando origem à aplicação de deduções à remuneração da EGEST, *exceto* quando essa transferência ocorra por (i) falta de capacidade técnica da EGEST, tendo em conta a valência em que as prestações de saúde se integram e o perfil assistencial do estabelecimento hospitalar; (ii) falta dos meios humanos e técnicos necessários, em

situações em que a EGEST não disponha, nem deva dispor, dos mesmos, tendo em consideração o perfil assistencial, a capacidade operacional e a produção prevista; bem como (iii) "quando já tenham sido excedidos os limites de Produção Prevista estabelecidas em Internamento, Cirurgia de Ambulatório, Consulta Externa e Hospital de Dia Médico para esse tipo de Utente, considerando-se para efeitos da identificação dos limites a inscrição em centro de saúde da Área de Influência, excepto quanto aos atendimentos em urgência" (cfr. n.º 4 da cláusula 32.ª do Contrato).

207. Não obstante se considerar que o referido mecanismo das deduções funciona, de per se, como um claro incentivo ao alinhamento de interesses entre as partes, mitigando os custos de agência que decorrem para o Estado Português no contexto da parceria, procurou-se, ainda assim, averiguar junto das referidas entidades pertencentes à rede de referenciação, por um lado, em que medida o relacionamento com o Hospital de Braga tem sido profícuo nas diversas vertentes relevantes e, por outro lado, em que medida, de acordo com a sua experiência, os resultados do seu relacionamento com o Hospital de Braga se consideram alinhados/melhores/piores com os do relacionamento com outras entidades do SNS.

### Avaliação da parceria na perspetiva dos ACES

208. Nos termos do disposto na cláusula 33.ª do Contrato de Gestão, a EGEST encontra-se obrigada a "estabelecer mecanismos de comunicação e articulação com os agrupamentos de centros de saúde, com os centros de saúde e com as unidades de saúde familiares situados na Área de Influência do Estabelecimento Hospitalar", tendo em vista, designadamente: (i) otimizar a utilização dos recursos hospitalares, nomeadamente no caso da urgência; (ii) facilitar o acesso aos serviços do estabelecimento hospitalar pelos utentes inscritos nos centros de saúde ou nas unidades de saúde situados na área de influência do Hospital de Braga; (iii) assegurar a coordenação do acompanhamento dos utentes que necessitem de cuidados após a alta, designadamente de cuidados domiciliários; e (iv) garantir a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes.

209. Tendo em consideração o referido relacionamento existente entre a EGEST e as unidades de cuidados de saúde primários, nomeadamente aquelas com as quais o parceiro privado se articula nos termos das redes de referenciação, a Equipa de Projeto considerou

Página 247 de 332

pertinente, para efeitos de avaliação da parceria de Braga, recolher os contributos dos três ACES que se articulam com o Hospital de Braga: o ACES Cávado I – Braga ("ACES Cávado II"), o ACES Cávado II – Gerês/Cabreira ("ACES Cávado III") e o ACES Cávado III – Barcelos/Esposende ("ACES Cávado III"), na qualidade de "stakeholders", promovendo-se, para tal, a realização de um inquérito, através do qual se procurou obter opiniões dos referidos stakeholders nas várias dimensões consideradas relevantes para garantia de um profícuo relacionamento entre as partes e um correto funcionamento das redes de referenciação.

Para efeitos da interpretação dos resultados obtidos com os referidos inquéritos, importa ter presente que:

- a) Os ACES Cávado I e Cávado II referenciam diretamente para o Hospital de Braga, tendo sido acordado um manual de referenciação que estabelece os requisitos a que os processos de referenciação para as diversas especialidades do hospital devem obedecer, identificando, para cada especialidade, as patologias a referenciar, a informação que deve constar do pedido de consulta e os documentos/exames complementares de que o doente deve ser portador;
- b) O ACES Cávado III referencia apenas diretamente nas especialidades que não estão cobertas pelo Hospital de Santa Maria Maior – Barcelos, que funciona como hospital de primeira linha.
- 210. Para avaliar o nível de satisfação e articulação do Hospital de Braga com os ACES da sua área de influência, solicitou-se a cada um dos respetivos diretores executivos colaboração para que todos os médicos e enfermeiros do ACES procedessem ao preenchimento de um questionário com um conjunto de questões fechadas, com resposta numa escala de 1 a 5, sendo 1 o mínimo e 5 o máximo.

Das respostas recebidas constatou-se que 44 % foram preenchidas por enfermeiros e 56% por médicos, sendo certo que nem todos os intervenientes responderam a todas as questões.

211. Considerando sempre esta escala, refletem-se, na tabela seguinte, as questões colocadas e a pontuação média atribuída a cada uma:

# 2.º Relatório Intercalar da Equipa de Projeto constituída pelo Despacho n.º 8300/2016

	Questão colocada	Pontuação média (1 a 5)	Observações adicionais
-	É fácil referenciar para a consulta externa do Hospital de Braga?	3,4	
2	O prazo de marcação da consulta está de acordo com as necessidades clínicas	2,4	Seria importante uma redução do tempo de espera para a marcação de primeira consulta,
	dos doentes referenciados?		sendo a prática seguida pelo hospital de dar alta aos doentes nas situações em que estes
			precisam de ter seguimento hospitalar incorreta, obrigando os médicos de família a uma
			referenciação desnecessária, com a consequente demora acrescida no atenámento dos
			doentes.
3	É fácil contactar o hospital/serviço por telefone ou por email?	2,3	Deveria haver maior facilidade de contado, como telefones diretos para contactar os
			profissionais do bospital, conhecimento dos horários de atendimento e possibilidade de tirar
			dúvidas, obviando à deslocação do utente à unidade bospitalar.
4	Os doentes referenciados para o ACES vêm acompanhados de nota de alta?	3,5	
rU	A nota de alta é enviada eletronicamente ou está disponível na PDS?	3,1	
9	Qual a utilidade da informação de retorno enviada pelo Hospital de Braga no	4,0	
	posterior seguimento dos doentes?		
7	Os protocolos definidos entre o ACES e o Hospital de Braga para as diferentes	2,3	
	especialidades tiveram o envolvimento dos profissionais e são revistos com		
	regularidade?		
00	Quando o Hospital de Braga identifica a necessidade de consulta de outra	2,9	
	especialidade faz a marcação diretamente ou devolve o doente aos cuidados		
	primários para ser novamente referenciado via CTH?		
6	É fácil aceder via PDS à informação clínica dos doentes do ACES que são	2,7	
	atendidos no Hospital de Braga?		
10	Se o utente for referenciado para o serviço de urgência é recebida alguma	2,7	Detetada a necessidade de seguimento em consulta externa hospitalar no âmbito do motivo
	informação de retorno?		que levou ao recurso ao serviço de urgência, deveria a marcação da mesma ser pedida
			diretamente pelo Hospital de Braga. As cartas de alta, bem como indicação de eventnais
			intervenções subsequentes necessárias, deveriam ter letra, assinatura e prescrição legíveis.

AL JA.

212. Com vista a completar e dar robustez à informação obtida através dos inquéritos realizados, foi ainda solicitado aos presidentes dos conselhos clínicos e de saúde dos três ACES a sua resposta ao mesmo inquérito, tendo sido possível apurar os elementos expostos nos 3 quadros seguintes:

# 2.º Relatório Intercalar da Equipa de Projeto constituída pelo Despacho n.º 8300/2016

# ACES Cávado I

	Questão colocada	Pontuação média (1 a 5)	Observações adicionais
1	É fácil referenciar para a consulta externa do Hospital de Braga?	4	Sim.
2	O prazo de marcação da consulta está de acordo com as necessidades clínicas	1	Prazos de marxação de consulta desadequados nalgumas especialidades.
	dos doentes referenciados?		
3	É fácil contactar o hospital/serviço por telefone ou por email?	3	
4	Os doentes referenciados para o ACES vêm acompanhados de nota de alta?	C	Nota de alta considerada muito ititi, mas a sua existência aquando da alta dos doentes merece apenas nota 3.
rc	A nota de alta é enviada eletronicamente ou está disponível na PDS?	3	
9	Qual a utilidade da informação de retorno enviada pelo Hospital de Braga no	4	
	posterior seguimento dos doentes?		
7	Os protocolos definidos entre o ACES e o Hospital de Braga para as diferentes	3	
	especialidades tiveram o envolvimento dos profissionais e são revistos com		
	regularidade?		
∞	Quando o Hospital de Braga identifica a necessidade de consulta de outra	3	Situação de devolução do doente aos cuidados primários quando este precisa de consulta de
	especialidade faz a marcação diretamente ou devolve o doente aos cuidados		outra especialidade merece nota 3, o que significa acontecerem frequentes situações deste
	primários para ser novamente referenciado via CTH?		tipo. Do ponto de vista da melhoria de articulação no caso da consulta, é referido
			"Qualificação da referenciação por parte dos CSP, notas de alta e protocolos após alta do
			HB. Constrangimentos: sobrecarga assistencial dos 2 lados, com ponca disponibilidade
			dentro do borário de trabalho discutir e/ ou criar protocolos mais adequados".
6	É fácil aceder via PDS à informação clínica dos doentes do ACES que são	2	
	atendidos no Hospital de Braga?		
10	Se o utente for referenciado para o serviço de urgência é recebida alguma	2	Nota 2 no âmbito da articulação do Serviço de Urgência do Hospital de Braga com os
	informação de retorno?		serviços do ACES. Referido também que: "Quase sempre é necessário ir à PDS procurar
			informação, os MCDT nem sempre estão disponíveis, sobretudo imagem. Sobretudo a
			qualidade de informação de retorno".

H.J. F

This to

# ACES Cávado II

	Questão colocada	Pontuação média (1 a 5)	Observações adicionais
-	1 601 actions of man a committee actions of Hamital de Brans	ır	lin.
-	E facil referencial para a consulta exicilia do 110spital de Diaga:	'n	
2	O prazo de marcação da consulta está de acordo com as necessidades clínicas	4	
	dos doentes referenciados?		
3	É fácil contactar o hospital/serviço por telefone ou por email?	5	
4	Os doentes referenciados para o ACES vêm acompanhados de nota de alta?	4	
rc.	A nota de alta é enviada eletronicamente ou está disponível na PDS?	3	
9	Qual a utilidade da informação de retorno enviada pelo Hospital de Braga no	5	Informação de retorno considerada muito útil, sendo, no entanto, importante a melhoria da
	posterior seguimento dos doentes?		informação trocada no âmbito da consulta externa.
7	Os protocolos definidos entre o ACES e o Hospital de Braga para as diferentes	3	
	especialidades tiveram o envolvimento dos profissionais e são revistos com		
	regularidade?		
∞	Quando o Hospital de Braga identifica a necessidade de consulta de outra	3	A devolução de doentes ao ACES quando estes necessitam de consulta de ontra
	especialidade faz a marcação diretamente ou devolve o doente aos cuidados		especialidade é frequente.
	primários para ser novamente referenciado via CTHP		
6	É fácil aceder via PDS à informação clínica dos doentes do ACES que são	3	
	atendidos no Hospital de Braga?		
10	Se o utente for referenciado para o serviço de urgência é recebida alguma	3	É apontado como fator de melhoria a possibilidade de referenciação eletrónica, pelas
	informação de retorno?		dificuldades de funcionamento da referenciação em papel.

## Página 253 de 332

# ACES Cávado III

2.º Relatório Intercalar da Equipa de Projeto constituída pelo Despacho n.º 8300/2016

	Questão colocada	Pontuação média (1 a 5)	Observações adicionais
1	É fácil referenciar para a consulta externa do Hospital de Braga?	4	Sim.
2	O prazo de marcação da consulta está de acordo com as necessidades clínicas		
	dos doentes referenciados?		
3	É fácil contactar o hospital/serviço por telefone ou por email?	_	
4	Os doentes referenciados para o ACES vêm acompanhados de nota de alta?	4	Sim.
rU	A nota de alta é enviada eletronicamente ou está disponível na PDS?	5	O acesso à nota de alta é fácil.
9	Qual a utilidade da informação de retorno enviada pelo Hospital de Braga no	4	A utilidade da informação é elevada.
	posterior seguimento dos doentes?		
7	Os protocolos definidos entre o ACES e o Hospital de Braga para as diferentes	1	
	especialidades tiveram o envolvimento dos profissionais e são revistos com		
	regularidade?		
∞	Quando o Hospital de Braga identifica a necessidade de consulta de outra	2	
	especialidade faz a marcação diretamente ou devolve o doente aos cuidados		
	primários para ser novamente referenciado via CTH?		
6	É fácil aceder via PDS à informação clínica dos doentes do ACES que são	1	No domínio da melhoria da articulação na consulta externa, a rapidez de resposta e a
	atendidos no Hospital de Braga?		facilidade de acesso aos médicos do hospital para troca de informações, são considerados
			aspetos prioritários.
10	Se o utente for referenciado para o serviço de urgência é recebida alguma	2	
	informação de retorno?		

N. II

213. Em face da informação recolhida, pode concluir-se que a articulação entre os ACES e o Hospital de Braga tem merecido, na perspetiva dos primeiros, nota genericamente positiva, sem prejuízo do prazo de marcação de consulta ser apontado como demasiado longo na maior parte das vezes.

Regista-se uma crítica particularmente constante quanto aos casos (frequentes) de referenciação de doentes para os ACES em situações de necessidade de consulta hospitalar já estabelecida, o que constitui uma prática incorreta da unidade hospitalar.

Realce ainda para a diferença de opinião quanto à qualidade da articulação ACES/Hospital de Braga entre os ACES Cávado I e Cávado II e o ACES Cávado III, fruto, possivelmente, de, neste último caso, não existirem procedimentos de referenciação estabelecidos e do facto de o Hospital de Braga funcionar, nesta situação, apenas como hospital de segunda linha, o que pode criar um fator de perturbação adicional na relação.

#### Avaliação da parceria na perspetiva dos outros hospitais da região

214. No domínio da articulação inter-hospitalar, o Hospital de Braga é hospital de 2ª linha para o Hospital Senhora da Oliveira (HSO), Centro Hospitalar do Médio Ave (CHMA), Hospital Santa Luzia — Unidade Local de Saúde do Alto Minho (HSL) e Hospital Santa Maria Maior (HSMM) e referencia, nas situações de ausência de especialidade no seu perfil assistencial, ou situações de casuística mais complexa, para o Centro Hospitalar de S. João (CHSJ,) no âmbito geral, e para o IPO Porto no caso particular da oncologia. Neste sentido, para efeitos de avaliação da parceria no âmbito da articulação e referenciação interhospitalar promoveu-se a realização de um inquérito a outros hospitais da região, tendo sido apurados os resultados de que se dá nota seguidamente.

#### Hospitais referenciadores

215. Todos os hospitais referenciadores — HSO, CHMA, HSL e HSMM — consideram a ausência de protocolos entre os respetivos hospitais e o Hospital de Braga para a transferência de doentes, nomeadamente quanto aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica que deverão acompanhar o doente aquando da referenciação, como um aspeto negativo na articulação com aquela unidade hospitalar.

O HSMM considera ser particularmente difícil referenciar para a consulta externa do Hospital de Braga, enquanto o CHMA, o HSL e o HSO consideram ser fácil. Esta última unidade hospitalar assinala, contudo, que quando essa referenciação é feita a partir da urgência, se verificam algumas dificuldades.

No âmbito da informação de retorno relativa à marcação de consulta, à exceção do HSO que tem um parecer favorável, é opinião comum dos restantes hospitais que ela é inexistente, o que deixa as unidades hospitalares sem um conhecimento importante do ponto de vista do acompanhamento dos seus doentes.

Quanto à informação clínica que acompanha o doente quando o Hospital de Braga transfere para os hospitais referenciadores, embora não se verifique unanimidade, já que o HSO caracteriza essa informação como insuficiente nalguns casos, os restantes hospitais atribuem nota positiva à informação que recebem e à sua utilidade.

Uma situação constatada pelos hospitais é a de alguma dificuldade em aceder através da Plataforma de Dados da Saúde ("PDS") à informação existente no Hospital de Braga, referindo nomeadamente a existência de falhas frequentes nas ligações estabelecidas. Tal decorre, em parte, da utilização pelo Hospital de Braga de um aplicativo (GH) diferente do utilizado nos outros três hospitais (SONHO).

Face ao exposto, pode-se considerar que a articulação dos hospitais referenciadores com o Hospital de Braga necessita de ser melhorada, com especial ênfase no âmbito dos protocolos de referenciação para o serviço de urgência daquela unidade hospitalar, da informação de retorno aquando do pedido de marcação de consulta e do acesso através da PDS à informação clínica disponível no Hospital de Braga.

#### Hospitais de referência

216. O Centro Hospitalar de S. João refere a existência de protocolos estabelecidos com o Hospital de Braga para a generalidade das especialidades. Assinala existir contato prévio à transferência dos doentes para o serviço de urgência e que aqueles, quando são transferidos, vêm acompanhados de informação clínica de qualidade e de fácil acesso.

O IPO-Porto refere que o utente vem com alguma frequência acompanhado de informação clínica útil e genericamente acessível, identificando como principal ponto a

Página 255 de 332

melhorar o estabelecimento de protocolos de atuação nas áreas de diagnóstico, tratamento e *follow-up* na área da oncologia.

Nestes dois hospitais, a opinião relativamente à articulação com o Hospital de Braga é favorável.

#### 3.2.2. Estudo da ERS sobre o modelo das PPP no sector da saúde

217. Em maio de 2016, a ERS, no quadro das suas atribuições estatutárias, estabelecidas no Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, divulgou publicamente o resultado do estudo pela mesma realizado e designado "Estudo de Avaliação das Parcerias Público-Privadas na Saúde" ("Estudo")<sup>92</sup>.

Trata-se de um estudo realizado por solicitação do Ministério da Saúde, de fevereiro de 2016, através do qual essa entidade reguladora procede, como objetivo principal, a uma avaliação da gestão dos hospitais em regime de PPP, com vista a identificar "o que de positivo trouxeram ao SNS, mas também que desvantagens comparativas encerram".

Refira-se também que, sem prejuízo do objetivo principal desse estudo, a ERS assume igualmente como contexto/objetivo secundário do estudo, o de auxiliar o Governo na decisão a adotar quanto ao término dos contratos de PPP de Cascais e Braga, referindo que «[o] termo dos contratos com as entidades gestoras dos hospitais de Cascais e Braga ocorrerá em 31 de dezembro de 2018 e 31 de dezembro de 2019, respetivamente, e em até dois anos antes do término destes prazos o Estado terá de informar as respetivas entidades gestoras acerca da sua decisão relativamente à continuidade ou não das parcerias em causa, como decorre do disposto na cláusula 8.ª dos respetivos contratos de gestão. Por esta razão, e em linha com o previsto no Programa do XXI Governo Constitucional — 2015-2019, que prevê a promoção da "avaliação externa independente das experiências hospitalares existentes em regime de parceria-público privada (PPP), no sentido de habilitar tecnicamente a decisão política em função da defesa do interesse público", foi solicitada à ERS em 23 de fevereiro de 2016, pelo Ministério da Saúde, a análise da gestão hospitalar em regime de PPP em quatro vertentes, concretamente em matéria de eficiência relativa, eficácia, qualidade clínica e custos de regulação».

Neste contexto cumpre, ainda que de forma necessariamente breve, proceder à análise das principais considerações e conclusões extraídas pela ERS nesse Estudo.

<sup>92</sup> Disponível em https://www.ers.pt/uploads/writer\_file/document/1841/ERS - Estudo PPP.pdf.

218. Muito em síntese, no Estudo em causa, a análise dos atuais hospitais em regime de PPP é efetuada pela ERS à luz de quatro fatores/indicadores de avaliação, a saber: "Eficiência relativa", "Eficácia", "Qualidade clínica" e "Custos de regulação".

No que respeita ao fator "Eficiência relativa", definido pela ERS como a "relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos em determinada atividade", essa entidade promoveu uma análise comparada das atuais unidades em regime de PPP e de um grupo homogéneo de unidades hospitalares do SNS considerados pela ERS como comparáveis com as mesmas, tendo concluído, com particular interesse para o presente Relatório, que "os hospitais PPP foram globalmente eficientes, com destaque para os resultados positivos, indicativos de eficiência relativa, dos hospitais de Braga e Cascais" (sublinhado e sombreado nossos).

No que concerne ao fator "Eficácia", definido, em termos práticos, como a "eficácia de resposta de um estabelecimento prestador de cuidados de saúde às solicitações da procura", a ERS procedeu à análise de três indicadores principais (a saber, internamento, cirurgia e primeiras consultas de especialidade hospitalar), tendo ainda analisado, como indicador adicional, o "cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) no acesso a primeiras consultas de especialidade e cirurgias programadas". Muito em suma, neste fator, a ERS concluiu que, "[n]o caso da resolutividade do internamento, os hospitais PPP apresentaram capacidade de resposta relativamente menor em casos de internamento, à exceção do Hospital de Braga, sendo certo que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos PPP e não PPP" e também que "[a] capacidade de resolução das necessidades cirúrgicas dos hospitais PPP foi identificada como sendo globalmente superior à média dos hospitais comparáveis do grupo não PPP, embora igualmente sem identificação de diferença estatisticamente significativa". Mais, a ERS concluiu adicionalmente que, "[n]o indicador de percentagem de cirurgias em ambulatório no total de cirurgias programadas para procedimentos ambulatorizáveis, todos os hospitais PPP apresentaram melhor desempenho relativo face à média do grupo não PPP, e com diferença estatisticamente significativa". A ERS concluiu ainda que "o resultado em termos de percentagem de cirurgias realizadas dentro do TMRG foi globalmente positivo para as PPP, na comparação com os outros hospitais do grupo homogéneo".

Relativamente ao fator "Qualidade clínica", a ERS começa por realçar a impossibilidade de efetuar uma plena comparabilidade entre os grupos PPP e não PPP contanto que "[a] importância atribuída à qualidade da prestação de cuidados de saúde varia entre contrato de gestão PPP e contrato programa de hospitais, centros hospitalares (CH) e ULS". A ERS não deixa todavia de realçar que se verifica uma maior adesão dos hospitais em regime de PPP ao sistema de registo de qualidade (SINAS), "com resultados, em média, favoráveis, quando comparados com os hospitais públicos com regime de gestão distinto" e que "[o] facto de o contrato de gestão impor critérios

Página 257 de 332

Mark Je

para a monitorização do desempenho das entidades gestoras das PPP, com penalizações financeiras associadas ao seu incumprimento, poderá contribuir para que seja atribuída pela entidade gestora particular importância aos aspetos relacionados com a qualidade do serviço prestado, nas suas diferentes vertentes".

Por último, relativamente ao fator "Custos de regulação", a análise efetuada pela ERS centra-se exclusivamente no universo de hospitais em regime de PPP, relativamente aos quais promove a "identificação dos principais constrangimentos do modelo de gestão do estabelecimento em regime de PPP e respetivas diligências para a sua eliminação, das vantagens do modelo percebidas pelas entidades públicas contratantes, e dos resultados da monitorização do desempenho da entidade gestora do estabelecimento hospitalar", bem como ao "[relato dos] diferendos entre as entidades públicas contratantes e as entidades gestoras dos hospitais PPP".

Realce-se que a análise efetuada pela ERS nesta sede não é, nessa medida, uma análise comparativa entre os hospitais em regime de PPP e os demais hospitais, mas apenas um registo de aspetos transversais aos hospitais em regime de PPP e/ou de certos aspetos específicos relativos aos hospitais de Braga e Cascais.

- 219. No que releva para efeitos do presente Relatório, a ERS começa por resumir, sem subscrever, o contributo que obteve em sede de consulta da ARSN, a qual assinalou, na qualidade de EPC da parceria do Hospital de Braga, os seguintes constrangimentos:
  - a) "Impossibilidade de adequação do volume de contratualização de atos ao crescimento da procura verificado. Em concreto é mencionado pela ARS Norte que o Hospital de Braga, viu aumentada a sua procura, apesar de os constrangimentos orçamentais não permitirem "[...] um volume de contratualização de atos adequado ao crescimento da procura verificado", o que se traduz numa limitação da sua capacidade de resposta, patente na variação desfavorável dos principais indicadores de acesso, nomeadamente por comparação com os valores médios dos hospitais da região Norte."
  - b) "Qualidade dos cuidados prestados, no que se refere ao incumprimento do indicador relativo ao tempo médio de espera para realização de primeira consulta. Por outro lado, do ponto de vista da satisfação dos utentes, não é possível a comparação dos resultados obtidos pelo hospital com os resultados dos restantes hospitais públicos, dada a ausência de inquéritos realizados."
  - c) "Articulação com a rede de cuidados primários. Nesta matéria, os principais problemas referem-se ao elevado tempo de resposta do hospital aos pedidos dos centros de saúde, para

- algumas especialidades, a problemas de ligação informática que impossibilitam o acesso dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) à informação clínica do hospital, e a dificuldades de funcionamento do programa Consulta a Tempo e Horas."
- d) "Articulação com os outros estabelecimentos hospitalares, por dissonâncias associadas às RRH, em que o Hospital de Braga figura como hospital de segunda linha. Em concreto, foram identificados problemas na articulação entre o Hospital de Braga e o Centro Hospitalar do Médio Ave, porque um dos concelhos da área de referenciação desse centro hospitalar referencia para o Hospital de Braga, na qualidade de hospital de segunda linha, enquanto os outros referenciam para o Centro Hospitalar de São João."
- e) "Implementação de protocolos de prevenção e promoção da saúde, dinamizados pela ARS Norte, e outros serviços não considerados no contrato de gestão, no que concretamente se refere à distinção dos serviços que devem ser fornecidos e remunerados no espaço do contrato e aqueles que devem ser considerados no espaço de um protocolo próprio, com remuneração separada. Este constrangimento, para além de criar dificuldades no alargamento desses programas à população servida pelo Hospital de Braga, está dependente de um processo de aprovação que tem alguma dificuldade de concretização."
- "Adequação da carteira de serviços a cuidados de saúde mental e outras valências. No caso dos cuidados de saúde mental o contrato implica alguma dificuldade na articulação integrada dos serviços de saúde mental, nomeadamente, com o internamento de doentes em instituições do setor social. Por outro lado, em situações em que o hospital não dispõe contratualmente das valências ou dos meios técnicos necessários ao tratamento dos doentes da sua área de influência, e em que os seus hospitais de referência, no âmbito da RRH estabelecida, não dão a necessária resposta, o Hospital de Braga realiza "referenciações diretas para outras unidades hospitalares, muitas vezes com exigência de emissão de termo de responsabilidade e pagamento do ato"."
- g) "Cumprimento dos requisitos de disponibilidade do Serviço de Urgência e transferência de doentes para outros hospitais, por dificuldades de cobertura integral das 24 horas em algumas especialidades (obrigatoriedade que impende sobre o Hospital de Braga para as especialidades que estão contratualmente definidas), decorrentes sobretudo da ausência no mercado de trabalho de profissionais qualificados."

220. Realçar também, ainda relativamente ao fator "Custos de regulação", que, no que concerne, em especial, à análise de "Resultados de monitorização de desempenho", a mesma foi

Página 259 de 332

efetuada pela ERS em três áreas, a saber, "área de resultados", "área de serviço" e "satisfação dos utentes", sendo que, nas duas primeiras áreas, a ERS conclui que "[...] o Hospital de Braga, apesar de ter tido classificação de "muito bom" nas áreas de resultados e serviço, foi o que apresentou mais falhas específicas.", e que, na última área, a conclusão da ERS é de que "a indisponibilidade de indicadores de outros hospitais públicos, impossibilitam a comparabilidade dos hospitais PPP, e em alguns casos impede a avaliação do desempenho".

Estas são, em súmula, as principais considerações e conclusões extraídas pela ERS no seu Estudo com relevância para o presente Relatório.

**221.** Como é percetível face ao que acima se expõe, a análise efetuada pela ERS é exclusivamente baseada em pressupostos de gestão clínica e regulação.

Com efeito, este Estudo não analisa a conveniência económica de adoção entre o modelo hospitalar em regime de PPP versus internalização, designadamente, não analisa e avalia os encargos que resultam para o erário público da realização das prestações por via do modelo de PPP, por comparação da sua realização através dos restantes hospitais do SNS, nem identifica ou avalia os riscos que são transferidos para o parceiro privado e que igualmente relevam para efeito da análise custo-benefício que suporta a análise económica do projeto, para efeitos da decisão sobre a maior ou menor vantagem na adoção do modelo de PPP.

Assim e em conclusão, segundo se nos afigura, no quadro de análise em que assenta, o Estudo da ERS adota uma posição favorável ou pelo menos neutra, à adoção do modelo hospitalar em regime de PPP, nomeadamente relativamente ao Hospital de Braga, evidenciando ainda alguns aspetos críticos em que a atual parceria de Braga carece de ser melhorada, encontrando-se, assim, totalmente alinhado, com as conclusões e o que é proposto no presente Relatório.

#### 3.2.3. Riscos do cenário de internalização

222. A reposta à "primeira questão central" colocada neste Relatório, sobre a eventual preferência do modelo de PPP relativamente ao da internalização da prestação dos serviços contratados, reclama ainda que, a par da avaliação detalhada daquele modelo, se evidenciem os riscos destoutro cenário alternativo.

223. Ora, sem prejuízo dos aspetos críticos concretos que, num tal cenário, decorrem da absorção do estabelecimento hospitalar pelo Estado — os quais serão analisados em maior detalhe já de seguida —, não pode, antes mesmo dessa análise, deixar de se evidenciar que a principal decorrência do cenário de internalização, para o Estado, se prende com a necessária reassunção dos riscos inerentes à gestão clínica que, por via da adoção do modelo de PPP hospitalar, havia sido possível transferir para o parceiro privado. Realce-se, aliás, neste particular, que este aspeto se afigura particularmente desvantajoso para o Estado, não apenas em razão de retornarem à esfera pública riscos até então assumidos pelo privado mas também e sobretudo, em virtude de retornarem à esfera pública riscos para os quais o parceiro privado, considerando a sua maior flexibilidade operacional, se encontrava, em muitos casos, mais vocacionado para gerir.

224. Realce-se também que a questão coloca-se, não apenas considerando os impactos diretos que resultam da reassunção dos riscos antes transferidos ou partilhados com o parceiro privado, mas igualmente dos impactos indiretos que daí advêm. Com efeito, a mero título de exemplo, recorde-se que, como já referido anteriormente, no que respeita à prestação dos serviços clínicos de forma internalizada, através da adoção do modelo hospitalar EPE, mesmo considerando que o seu modelo de financiamento tem semelhanças com o modelo PPP, há diferenças significativas entre os respetivos regimes, desde logo quanto a aspetos como (i) a volatilidade dos preços aplicados em cada ano, (ii) a fixação do ICM sem correção em função do seu valor real e, sobretudo, (iii) as transferências adicionais (à produção) que são por vezes efetuadas para os hospitais EPE (tais como o valor de convergência compensatório da ineficiência, verbas de convergência para regularização de dívidas, verbas de convergência de acordo com medidas extraordinárias para reequilíbrio financeiro ou verbas de convergência para compensação por acréscimo de gastos com pessoal).

Página **261** de **332** 

Verifica-se, assim, que num cenário de internalização, se perde ou atenua, de forma significativa, o incentivo "natural" que o parceiro privado tem a alocar de forma mais eficiente, e com qualidade, os recursos, humanos e materiais, por forma a gerir da melhor forma esses riscos.

225. Outra faceta visível do que acaba de se referir é evidenciada no contexto da assunção, pelo Estado, do risco de preço. Com efeito, considerando que, no modelo de PPP, os preços unitários são (tendencialmente) fixados para todo o período de vigência do Contrato de Gestão e apenas atualizados em função da evolução da inflação, o parceiro privado retém o risco de os mesmos serem insuficientes face à estrutura de custos real da execução do Contrato de Gestão.

O modelo de internalização, sem essa rigidez e constrangimento nos preços praticados, poderá contribuir para uma menor previsibilidade dos custos decorrentes destes serviços, o que não se afigura favorável também em termos de execução orçamental e gestão das contas públicas.

226. Noutro plano, há, então, que ponderar as dificuldades especificamente associadas à receção do estabelecimento hospitalar, às quais o próprio Contrato de Gestão procura, em primeira linha, dar resposta.

Nele se prevê, desde logo, que, em caso de extinção da prestação dos serviços clínicos pela EGEST:

- a) Reverte para a EPC a universalidade de bens e direitos que integram o estabelecimento hospitalar, em caso de extinção da parte do Contrato que respeita à EGEST (cfr. n.º 2 da cláusula 125.ª);
- As bases de dados e soluções aplicacionais de suporte revertem, também, para a EPC ou para terceiro a designar por esta, em condições de plena utilização e sem quaisquer encargos (cfr. n.º 3 da cláusula 20.ª);
- c) De igual modo, os direitos à utilização de equipamentos e sistemas integrados no estabelecimento hospitalar e sistemas de informação serão transmitidos, nos termos dos respetivos contratos, sem quaisquer encargos ou obstáculos ao seu pleno funcionamento para a EPC ou para quem esta venha a designar (cfr. cláusula 11.ª);

- d) A EPC, ou qualquer outra entidade por esta designada, tem a faculdade de suceder na posição jurídica da EGEST nos subcontratos em vigor (cfr. alínea e) do n.º 3 da cláusula 16.ª);
- e) Relativamente ao contrato de utilização, celebrado entre a EGED e a EGEST, a EGEST é obrigada a ceder a sua posição contratual, de imediato e sem quaisquer encargos, à EPC, ou a terceiro indicado pela mesma, permanecendo a EGED vinculada a esse mesmo contrato (cfr. n.º 5 da cláusula 134.ª).

227. Malgrado esta previsão contratual, antecipa-se que, na prática, esta transição se depare com obstáculos de concretização não despiciendos. Senão vejamos:

- a) Desde logo, do ponto de vista orgânico, não é certo qual seria a melhor forma de dar sequência à atual prestação de serviços clínicos no Hospital de Braga. Na verdade, se a complexidade da unidade hospitalar em causa não parece compatível com a opção da atribuição da sua gestão à ARSN, cujo estatuto de instituto público implica fortes constrangimentos de atuação, a alternativa de atribuição da gestão a uma unidade hospitalar de natureza empresarial préexistente, por integração horizontal num centro hospitalar, permitiria garantir maior flexibilidade gestionária mas padeceria do vício de não refletir qualquer lógica interna da organização da atividade assistencial. Por outro lado, a hipótese da criação de uma nova entidade jurídica de natureza empresarial exigiria, entre outros aspetos, a atribuição de capital estatutário, cuja realização pelo Estado teria de ser acautelada.
- Por outro lado, não pode deixar de assinalar-se as dificuldades que se antecipam, em matéria de gestão da estrutura de recursos humanos do hospital. Na verdade, muito embora o Contrato de Gestão não aborde especificamente o tema da transmissão das relações laborais aquando da extinção do contrato ao contrário do que sucede, por exemplo, no contrato de gestão do Hospital de Cascais —, deve concluir-se que tal transmissão opera, de forma integrada, no âmbito da reversão da universalidade de bens e direitos que integram o estabelecimento hospitalar (cfr. n.º 2 da cláusula 125.ª), que compreende "o conjunto de meios materiais e humanos e situações jurídicas, organizado para a realização de prestações de saúde no âmbito do Contrato". Tal resulta ainda, de forma expressa e inequívoca, dos esclarecimentos prestados pelo júri do concurso público para a

Página 263 de 332

- celebração do Contrato de Gestão, que clarifica ser esta matéria regulada pelas normas legais vigentes, que, atualmente, ditam a transmissão dos contratos de trabalho.
- Acresce, em qualquer caso, que a transmissão de relações laborais suscita, pelo menos, a questão da possível inadequação do regime jurídico das concretas contratações existentes em face do estatuto da unidade que a entidade pública contratante venha a designar para suceder na gestão e a questão da possível dificuldade do recrutamento que decorre das regras de contratação e remuneração no quadro da Administração Pública, ainda que mitigadas no sector público empresarial.
- d) Por outro lado ainda, não deve olvidar-se que, nos termos da cláusula 16.ª de ambos os clausulados dos contratos de gestão dos Hospitais de Cascais e de Braga, "as Entidades Gestoras, nos subcontratos a celebrar com terceiros, devem assegurar que os mesmos contêm mecanismos que permitam às Entidades Gestoras reflectir as vicissitudes modificativas e extintivas do contrato." Trata-se de uma matéria que tende, portanto, a estar acautelada. Coisa diferente será a de saber se o estatuto da unidade que a EPC venha a designar para suceder na gestão tem condições para, de futuro, entabular o mesmo tipo de contratação e de obter as mesmas condições de fornecimento, num ambiente de subordinação ao CCP.
- e) Outro aspeto em que se antecipa que a transição se depararia com obstáculos de concretização não despiciendos prende-se, aliás, como já acima sinteticamente apontado, com a discrepância regulatória entre a forma como é prosseguida a gestão no âmbito de um contrato de gestão e, por contraste, no âmbito de um contrato programa. Na verdade, a comparação das regras dos contratos de gestão com as regras dos atuais contratos programa a que estão vinculados a generalidade dos hospitais do SNS sugere o risco de deterioração de alguns parâmetros de desempenho, sobretudo por via de um atenuar do acompanhamento e da extinção da faculdade de aplicação de penalidades contratuais.
- f) Por último, de referir que não é possível garantir o sucesso da articulação entre a entidade chamada a gerir o Hospital de Braga e a EGED. Realce-se uma vez mais que os prazos de duração das vertentes clínica e infraestrutural do Contrato de Gestão não são coincidentes. Daqui decorre que a articulação presentemente feita entre a EGEST e a EGED passará a ser feita entre a

unidade que a EPC designar para lhe suceder e a EGED. A garantia do mesmo nível de sinergia não pode ser dada como adquirida, para além de que a monitorização poderá confrontar-se com dificuldades num contexto em que não seja possível alocar-lhe meios idênticos<sup>93</sup>.

228. Sem prejuízo do acima exposto, importa sublinhar que, à data, existe apenas um exemplo de uma unidade do SNS que, tendo sido gerida em regime de PPP durante 7 anos, regressou à gestão na esfera pública. Trata-se do CMFRS, que, nos termos constantes do Despacho n.º 15312-D/2013, de 22 de novembro, do Senhor Secretário de Estado da Saúde, na sequência da caducidade do contrato de gestão de que era objeto, reverteu para a Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. e que, tanto quanto nos é dado a saber, confirma o conjunto de dificuldades que, nesta sede, se apontam como aspetos menos positivos que podem resultar no cenário de internalização.

A este respeito, importa referir<sup>94</sup> que, comparando os principais dados de atividade do CMFRS entre o ano de 2012, que corresponde ao último ano completo de gestão em regime de PPP, e o ano de 2015, último ano com informação disponível, em regime de gestão pública, conclui-se o seguinte:

- O nível de eficiência operacional do CMFRS deteriorou-se significativamente, a) com a passagem da gestão privada para a gestão pública, uma vez que o custo unitário da atividade de internamento (quando medido, quer por episódios de internamento, quer por dias de internamento) agravou-se em mais de 20%, tal como se verifica no quadro seguinte;
- O sistema de acreditação da qualidade dos programas de cuidados de saúde 6) (exigido no âmbito do contrato de PPP anterior) foi descontinuado;
- c) Não obstante a pior performance operacional do CMFRS, a avaliação da satisfação dos utentes manteve-se positiva.

Página 265 de 332

<sup>93</sup> Sem prejuízo, esclareça-se que o problema relativo ao nível de sinergia entre entidades gestoras sempre se poderia, em abstrato, colocar num cenário de manutenção da PPP, mas sem renovação do atual contrato. Porquanto, a existência de uma nova entidade responsável pela exploração dos serviços clínicos poderia suscitar idênticas dificuldades. Tratar-se-ia, não obstante, da relação entre duas entidades privadas - o que poderia contribuir para minimizar o risco - e, em qualquer caso, o risco de deficiente articulação entre entidades gestoras não seria diretamente do Estado.

<sup>94</sup> De acordo com informações da Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P..

CMFRS	2012	2015	Variação
Dias de internamento	17168	9975	-42%
Episódios de internamento	450	256	-43%
Gastos operacionais (€)	6.286.540	4.429.317	-30%
Gastos operacionais/ dias internamento (€)	366	444	21%
Gastos operacionais/ episódios internamento (€)	13.970	17.302	24%

Em face do exposto, afigura-se inegável o impacto negativo que a alteração, de um cenário de gestão em regime de PPP para um cenário de gestão pública, teve no caso concreto do CMFRS. Certamente será argumentável que tal impacto poderia ser minimizado através de um correto e atempado planeamento da reversão do centro, não se conseguindo, contudo, e à luz da magnitude das perdas ocorridas com a transição, prever se nesse caso a perda seria nula. Adicionalmente, cremos existir um conjunto de "custos de transição", isto é custos que se materializariam apenas no curto-prazo, associados à fase de transição do modelo PPP para o modelo EPE, cuja magnitude não conseguimos antecipar, mas que poderiam impactar de forma significativa as contas do Estado (podendo obviamente ser mitigados por um adequado planeamento, que não se verificou no caso do CMFRS).

Na verdade, e como já se referiu, no caso dos hospitais EPE, estando o Estado completamente exposto a variações ao nível da eficiência da estrutura de custos das unidades hospitalares, o risco associado a este tipo de impactos, quando se passa de um cenário de PPP (em que naturalmente este risco reside na esfera do parceiro privado, incumbindo ao parceiro público apenas o pagamento da produção que acordar contratar em cada ano, a um determinado preço fixo) para um cenário EPE não será certamente despiciendo, seja porque não existem mecanismos para evitar a contaminação das contas do Estado pelos défices operacionais gerados nestas unidades hospitalares<sup>95</sup>, seja também porque no caso dos hospitais EPE não existem atualmente sistemas de incentivos que permitam alinhar os interesses dos gestores das unidades hospitalares (atores principais na garantia de uma eficiente gestão dos recursos) com os interesses do Estado, em termos de eficiência operacional. Ora, reconhecendo-se que, no caso dos hospitais EPE também existirão, por certo, determinados "custos de agência" - decorrentes de assimetrias de informação e não necessário alinhamento de interesses - considera-se que, neste caso, os mecanismos de monitorização e de acompanhamento que o Estado possui para mitigar este tipo de "custos de agência" são menos efetivos.

<sup>95</sup> O impacto orçamental decorrente destes défices pode ser adiado, mas não evitado.

#### 3.2.4. Da resposta à "primeira questão central"

229. Como antes se referiu, tendo por base a Metodologia, procurou-se, num primeiro momento, encontrar resposta para a "primeira questão central": "No caso das PPP atualmente existentes no sector da saúde, qual a solução de gestão clínica, pública ou privada, que apresenta para o Estado maior value for money?"

Para tal, ao longo dos capítulos anteriores apresentaram-se os resultados de um conjunto de análises preconizadas pela Equipa de Projeto, com vista a avaliar a parceria relativa ao Hospital de Braga, sob o ponto de vista do seu value for money numa lógica "ex post", sob a égide dos princípios da economia, eficiência e eficácia, e considerando, simultaneamente, aspetos qualitativos e quantitativos.

Tendo em consideração que a Metodologia parte de um raciocínio lógico dedutivo, no qual se procura (i) por um lado, concluir sobre a razoabilidade e o valor acrescentado do modelo de PPP, quando aplicado genericamente à prestação de serviços clínicos; e (ii) por outro lado, aferir da racionalidade económica subjacente à aplicação do modelo de PPP em concreto ao Hospital de Braga, considerando o resultado da sua execução de facto, nos capítulos anteriores apresentam-se, não só as análises relativas em concreto ao Hospital de Braga — seja em termos da sua performance individual, seja quanto ao seu posicionamento relativo face a um conjunto de hospitais comparáveis, em gestão pública —, mas também a avaliação relativa do modelo de PPP protagonizada pela ERS (aplicável, não só a Braga mas a todas as PPP da saúde) e a análise crítica dos riscos associados a um cenário de internalização, que se entende aplicar-se, também, de uma forma genérica às PPP clínicas e não apenas ao Hospital de Braga.

Importa, contudo, notar que, não versando a análise da ERS sobre a aferição da racionalidade económica de adoção do modelo hospitalar em regime de PPP em detrimento de um cenário de internalização, as conclusões que agora se apresentam, a esse respeito, terão sempre que ser reconfirmadas quando forem analisadas as demais PPP, com recurso aos dados concretos dessas unidades hospitalares.

Tendo presente o disposto nos pontos anteriores, no que se refere, em concreto, aos resultados obtidos, conclui-se que:

Magina 267 de 332

<sup>96</sup> Naturalmente, com as devidas adaptações em função de cada uma das realidades contratuais em presença.

- a) A PPP de Braga apresenta *value for money* em face de uma alternativa de gestão pública, segundo as perspetivas da economia, da eficiência e da eficácia;
- b) Tendo por base as expectativas iniciais de poupança subjacentes à decisão de lançamento do procedimento tendente à formação do Contrato de Gestão (por comparação entre o CPC e o valor final da proposta adjudicada), verifica-se uma efetiva materialização da poupança perspetivada;
- c) No período analisado, a parceria de Braga, quando analisada em termos de benchmarking com os hospitais EPE do Grupo de Referência EP, revelou-se vantajosa do ponto de vista da racionalidade económica, permitindo gerar uma poupança em face dos valores de encargos que se obteriam caso fossem considerados os custos unitários médios desses hospitais;
- d) Analisado o CB Atualizado verifica-se que os mecanismos contratualmente previstos implicaram, de facto, uma efetiva transferência do risco para o parceiro privado, uma vez que este obteve uma rentabilidade inferior não só à por si esperada (tendo por base as suas expectativas iniciais, com base no CB Inicial), como àquela que obteria caso não existissem quaisquer mecanismos de aplicação de limites à produção remunerada;
- e) Não obstante se ter concluído, ao nível da análise da performance económicofinanceira do parceiro privado, que a PPP pode afigurar-se insustentável para o
  parceiro privado, em virtude dos significativos desvios existentes entre a sua
  estrutura de custos real e aquela que o mesmo tinha estimado aquando do
  processo de formação de preços da parceria (de acordo com o CB Inicial), foi
  possível demonstrar, também, que é possível, dentro da arquitetura contratual
  atualmente em vigor, encontrar formas de garantir a sustentabilidade do
  parceiro privado. Com efeito, confirme se detalha no ponto 3.2.1.1.11. do
  presente Relatório, o Contrato de Gestão possui mecanismos capazes de sanar
  a insustentabilidade financeira do parceiro privado desde que os mecanismos
  de determinação da produção prevista sejam mais aderentes à realidade, o que
  naturalmente implica aumento dos encargos do Estado face ao que se tem
  verificado hoje, embora<sup>97</sup> mantendo sempre a estrutura de preços do Contrato

<sup>97</sup> A respeito deste eventual aumento dos encargos do Estado importa relembrar que, de acordo quer com a análise da economia apresentada no ponto 3.2.1.2.3., quer com a análise exposta no ponto 3.2.1.1.5. do presente Relatório, sendo os encargos por doente padrão com a PPP de Braga inferiores aos dos hospitais

de Gestão atualmente em vigor –, sem prejuízo de tal não significar nunca, naturalmente, que os níveis de rendibilidade do mesmo venham a equiparar-se àqueles que haviam sido previstos inicialmente, uma vez que tal desiderato só seria possível alcançar, caso o parceiro privado tivesse estimado a sua estrutura de custos com maior aderência à realidade.

- Ao nível da eficiência, comparativamente com a generalidade dos hospitais que constituem o seu Grupo de Referência EP, a PPP de Braga apresenta um nível de eficiência superior ao nível da estrutura de custos e de recursos humanos, não se mostrando, por outro lado, menos eficiente do que a média do Grupo de Referência EP relativamente à generalidade dos indicadores de atividade clínica;
- g) Na esfera da qualidade/eficácia da parceria de Braga, verifica-se que esta se encontra, em termos globais, relativamente em linha com a generalidade dos hospitais que constituem o seu Grupo de Referência EP, embora existam alguns indicadores nos quais o Hospital de Braga apresenta resultados inferiores aos do Grupo de Referência EP nos quais se recomenda a implementação de medidas de melhoria.

Por outro lado, importa recordar que o Estudo da ERS adota uma posição favorável, ou pelo menos neutra, à adoção do modelo hospitalar em regime de PPP, nomeadamente no que concerne ao Hospital de Braga, evidenciando, porém, alguns aspetos críticos em que a atual parceria de Braga carece de ser melhorada, encontrando-se, assim, totalmente alinhado, com as conclusões da Equipa de Projeto.

No que tange à avaliação da parceria efetuada pelos demais *stakeholders*, cumpre salientar que da análise efetuada por aqueles não resulta uma avaliação global manifestamente negativa que possa por em causa uma eventual decisão de manutenção do modelo de PPP. Todavia, sublinhe-se que estes identificam um conjunto de questões suscetíveis de melhoria e que, como tal, deverão ser tidas em consideração, no futuro, na exploração dos serviços clínicos no Hospital de Braga.

Finalmente, cumpre mencionar que os riscos de um cenário de internalização (identificados no ponto 3.2.3. do presente Relatório) não se afiguram despiciendos, seja no

EPE que fazem parte do seu grupo de referência, e, sendo também os preços do Contrato de Gestão, na maior parte das linhas de atividade, inferiores aos que se aplicam aos hospitais EPE, num cenário de internalização estima-se que o aumento dos encargos do Estado fosse ainda superior.

Dagina 269 de 3

V Ac

PA KI

curto seja no médio/longo prazo, mesmo num contexto de adequada programação e estruturação da fase de transição.

Em face do exposto, considera-se <u>estarem reunidas as condições para, no caso específico do Hospital de Braga, se recomendar a adoção de um modelo de PPP, em detrimento de um cenário de internalização, alertando-se, contudo, para o facto de, em qualquer cenário futuro (de renovação ou não renovação, em função dos resultados das análises apresentadas nos pontos seguintes), se dever garantir que, *ceteris paribus*, os encargos do Estado não são superiores àqueles que serviram de base aos cálculos efetuados e que sustentam a presente conclusão.</u>

## 3.3. Avaliação do exercício da faculdade contratual de renovação do Contrato de Gestão pelo Estado Português

230. Avaliado o modelo de PPP de prestação de serviços clínicos do Hospital de Braga, cumpre, agora, abordar a "segunda questão central" deste Relatório, de saber se, apresentando esse modelo maior value for money para o Estado do que um cenário alternativo da gestão pública, deve o Estado, concretamente, exercer a sua faculdade de renovação do contrato, ou, antes, iniciar um procedimento pré-contratual para a contratação de nova PPP.

#### 3.3.1. Alterações a introduzir no Contrato de Gestão, identificadas pela ARSN

231. Como antes sucintamente se referiu, através de uma informação enviada à ACSS e que constitui o Anexo 3 da Proposta Fundamentada, a ARSN procedeu a uma avaliação sumária do funcionamento da PPP relativa ao Hospital de Braga, tendo em consideração (i) o serviço prestado, (ii) o relacionamento com a EGEST e (iii) o modo como o Contrato tem vindo a ser executado.

Quanto a este último ponto, foram identificadas algumas dificuldades na execução contratual e algumas possíveis áreas de melhoria, muitas delas relacionadas, no entanto, não com limitações do clausulado contratual e consequente necessidade ou conveniência na sua

alteração, mas antes com melhoramentos a introduzir no modo como o contrato tem vindo a ser aplicado pelo Estado<sup>98</sup>. Na verdade, mesmo no que respeita às dificuldades de execução do Contrato suscetíveis de ser corrigidas através de alterações contratuais, estas alterações não são concretizadas no documento da ARSN em anexo à Proposta Fundamentada, ou seja, não são, em rigor, identificadas por aquela entidade as alterações contratuais que, na sua opinião, deveriam ser introduzidas no clausulado contratual que regula a prestação, por um parceiro privado, de serviços clínicos no Hospital de Braga, nos próximos anos. Dito de outro modo, , naquele documento, a ARSN limita-se a identificar problemas relacionados com a redação contratual, mas sem assumir de forma expressa a conveniência ou necessidade da sua correção e a forma de a efetuar. Ora, não constando do Anexo 3 da Proposta Fundamentada, nem de qualquer outro documento integrante da mesma, uma lista de alterações a introduzir no futuro contrato, não podem os membros do Governo com competência nas áreas das finanças e da saúde, tomar uma posição, em face da Proposta Fundamentada, sobre a conveniência, oportunidade e/ou necessidade de se introduzir alterações no atual Contrato de Gestão, num cenário de renovação, ao contrário do que sucedeu, por comparação, no caso da PPP relativa ao Hospital de Cascais.

Todavia, apesar de não se encontrarem identificadas na Proposta Fundamentada as alterações que a entidade diretamente responsável pela gestão do Contrato de Gestão presumivelmente pretenderia ver introduzidas no quadro contratual que venha a regular a prestação de serviços clínicos no Hospital de Braga nos próximos anos, em 6 de janeiro de 2017, o membro da Equipa de Projeto designado em representação da ARSN, remeteu aos restantes membros da Equipa de Projeto, uma lista de alterações que, de acordo com aquela entidade, devem ser ponderadas e eventualmente introduzidas no clausulado contratual que regule a gestão clínica do Hospital de Braga para o futuro, a saber<sup>99</sup>:

a) Integração da atividade de psiquiatria comunitária na prestação de cuidados de saúde de psiquiatria

Página 271 de 332

<sup>98</sup> Neste ponto, são identificados pela ARSN os seguintes problemas: a fixação da produção anual em função de restrições orçamentais, a necessidade de se concluir vários diferendos com a EGEST e a ausência da informação necessária à comparação das várias unidades hospitalares do grupo de referência.

<sup>99</sup> A descrição das alterações que, de acordo com a ARSN, devem ser introduzidas num futuro quadro contratual baseia-se na descrição das mesmas constante do e-mail enviado pelo Dr. Pedro Brito Esteves para os restantes membros da Equipa de Projeto no dia 6 de janeiro de 2017, assim como nas informações adicionais que foram, entretanto, prestadas pela ARSN no âmbito da Equipa de Projeto.

Segundo a informação prestada pela ARSN, a psiquiatria comunitária é uma área de intervenção domiciliária fundamental no âmbito da psiquiatria, sendo desenvolvida normalmente por equipas multidisciplinares enquadradas por um médico psiquiatra, um enfermeiro, preferencialmente com especialização em psiquiatria comunitária, um psicólogo, uma assistente social, um técnico de reabilitação psicossocial e um ajudante de ação direta.

Na ótica da ARSN, este tipo de intervenção tem um papel fundamental no acompanhamento e reabilitação dos doentes de evolução prolongada, permitindo um tratamento mais rápido e uma integração social mais completa, prevenindo, em muitos casos, situações de agudização da doença e, consequentemente, da necessidade de internamento.

Muito embora, de acordo com a ARSN, esta atividade fosse enquadrável no atual perfil assistencial do Hospital de Braga, pelo facto de se estar perante uma atividade domiciliária não prevista no Contrato, tem-se considerado que, de acordo com aquele, a prestação desse serviço não constitui uma obrigação da EGEST, pelo que haveria conveniência em se proceder à integração da atividade de psiquiatria comunitária na prestação de cuidados de saúde de psiquiatria.

De acordo com a estimativa efetuada pela ARSN, a prestação deste serviço pelo Hospital de Braga obrigaria que o hospital passasse a dispor de duas equipas multidisciplinares para o efeito.

Note-se que o modelo de pagamento previsto no Contrato de Gestão, afasta a intervenção domiciliária, não considerando, por esse motivo, qualquer tipo de pagamento. Assim, o impacto financeiro desta alteração foi avaliado tendo em consideração o pagamento do número de domicílios anuais que seriam realizados (2 equipas x 16 visitas x 365 dias), multiplicado pelo preço unitário estabelecido para o domicílio no âmbito da contratualização realizada com os hospitais EPE em 2017 (consulta domiciliária – 38,00 euros), o que daria um encargo anual estimado de 443.840 euros.

#### b) Revisão e substituição de alguns dos PDR

Nesta sede, não existem propostas concretas de alteração por parte da ARSN, porquanto aquela entende que os atuais parâmetros são adequados à execução

do Contrato de Gestão. No entanto, aquela reconhece que os PDR devem, tanto quanto possível, ser uniformizados entre as diversas parcerias existentes no sector da saúde, admitindo, por conseguinte, alterar alguns dos atuais parâmetros de desempenho do Hospital de Braga.

## c) Revisão da metodologia de avaliação do desempenho da EGEST no que respeita à satisfação dos utentes

Nos termos da cláusula 53.ª do Contrato de Gestão, a avaliação do desempenho da EGEST é anual e é efetuada, quer por áreas de avaliação, quer de forma global. A avaliação por áreas, como já se referiu, compreende as componentes de *Resultados* (em que é avaliado o desempenho da EGEST no cumprimento dos valores de referência definidos para os PDR), *Serviço* (em que é avaliado o desempenho da EGEST no cumprimento dos PDS) e *Satisfação*. A avaliação desta última componente é realizada mediante a comparação entre os índices de satisfação dos utentes do Hospital de Braga e os índices de satisfação obtidos pelos hospitais públicos incluídos nos inquéritos de satisfação de utentes realizados pelo Ministério da Saúde.

Sendo este o regime contratual, o certo é que, como antes se referiu, nunca se afigurou possível a comparação entre os resultados dos inquéritos efetuados pela EGEST com os resultados dos inquéritos efetuados pelas demais unidades hospitalares do SNS, em virtude de o Ministério da Saúde ter interrompido a realização dos inquéritos por aquelas entre 2009 e 2014.

Tendo sido retomados em 2015, a metodologia dos estudos de satisfação dos utentes realizados pelo Ministério da Saúde, a cargo da Direção-Geral da Saúde, foi, no entanto, alterada, passando a proceder-se a uma avaliação estritamente macro da satisfação global dos utentes, através da avaliação da perceção da sua satisfação quanto aos cuidados de saúde prestados pelo sistema de saúde, nos diferentes níveis de cuidados, quer do setor público, quer do setor privado.

Neste contexto, em que, como referido, a análise da satisfação dos utentes não é realizada ao nível da prestação de serviços por cada instituição, a comparação entre o nível de satisfação dos utentes das várias unidades hospitalares nos termos do disposto no n.º 4 da cláusula 53.ª do Contrato de Gestão não perferá

Página 273 de 332

ser realizada, carecendo, como tal, a avaliação do desempenho no que respeita à satisfação dos utentes de ser revista<sup>100</sup>.

#### d) Interrupção voluntária da gravidez ("IVG")

O Contrato de Gestão não previu nas suas linhas de produção a remuneração da prestação de cuidados de saúde em ambulatório relativa à IVG até às 10 semanas de gestação, pela circunstância de a publicação da Lei n.º 16/2007, de 17 de abril, que passou a permitir a IVG por opção da mulher nas primeiras 10 semanas, ser posterior à aprovação das peças do procedimento do concurso que antecedeu a celebração do contrato. Por esse motivo e não obstante a obrigação legal da EGEST de realizar esses atos, o atual contrato não permite o seu enquadramento nas linhas produção através das quais é contratualizada, contabilizada e remunerada a produção do Hospital de Braga. Com efeito, "[a] IVG até às 10 semanas não é suscetível de ser classificada por nenhum GDH específico, em razão de estar em caso não apenas um episódio, mas um conjunto de atos, procedimentos e medicamentos necessários à interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação" 101.

Por conseguinte, através da Deliberação de 4 de setembro de 2012 do Conselho Diretivo da ARSN, determinou-se que a IVG assegurada pelo Hospital de Braga fosse remunerada em condições idênticas às dos restantes hospitais do SNS e com preços atualizados de modo igualmente idêntico.

O que se sugere agora é que o clausulado passe a prever expressamente a forma específica de pagamento dos atos relacionados com a IGV até às 10 semanas, em termos idênticos àqueles através dos quais aqueles atos têm vindo a ser pagos.

A alteração sugerida não modifica o perfil assistencial, que já prevê a especialidade ginecologia/obstetrícia, nem o objeto do contrato, na medida em que, por força do mesmo, a EGEST está já obrigada a praticar tais atos

<sup>100</sup> Esclareça-se, todavia, que, de acordo com o Anexo X ao Contrato de Gestão, nos anos em que excecionalmente o Ministério da Saúde não realize os inquéritos de satisfação dos utentes nos demais hospitais integrados no SNS, a EGEST obriga-se a realizar inquéritos de acordo com a sua própria metodologia, preparados e realizados por uma entidade independente, e a comunicar os resultados à EPC — o que tem vindo a ser feito pela EGEST. Por conseguinte, nos últimos anos, a avaliação da satisfação dos utentes tem sido realizada com base nos resultados desses inquéritos.

<sup>101</sup>Deliberação de 4 de setembro de 2012 do Conselho Diretivo da ARSN.

clínicos. Acresce que esta alteração não representa, na prática, qualquer encargo adicional, porquanto o que se pretende é apenas prever expressamente no Contrato de Gestão a forma de remuneração destes atos em conformidade com o que vem sendo aplicado na sequência da referida deliberação da ARSN, mantendo-se os valores atualmente praticados.

De acordo com os protocolos celebrados entre a EGEST e o Estado, no ano de 2015, foram pagos 76.437 euros, e em 2016, 81.533 euros pelos atos relacionados com a IVG até às 10 semanas.

## e) Metodologia de aferição da adequação dos tempos de espera no serviço de urgência

A aplicação da alínea f) do n.º 3 da cláusula 26.ª do Contrato de Gestão (Disponibilidade da Urgência) que prevê a obrigação de o atendimento aos utentes, no serviço de urgência, se processar dentro dos tempos de espera máximos previstos no sistema acreditado de triagem de prioridades, tem vindo a suscitar algumas dificuldades de aplicação. Por conseguinte, sugere-se rever a metodologia de aferição da adequação dos tempos de espera, clarificando o que se deve entender por indisponibilidade da urgência decorrente do atendimento dos utentes acima dos tempos alvo previstos no sistema de triagem.

Sucede que a metodologia para apuramento da indisponibilidade do serviço de urgência nos hospitais do SNS está ainda a ser objeto de discussão por parte de um grupo de trabalho constituído pela ACSS, na sequência do despacho do Senhor Secretário de Estado da Saúde n.º 141/2016, constituindo um dos objetivos desse grupo de trabalho a definição de uma posição do Estado quanto a esta matéria que seja comum aos hospitais EPE e aos hospitais do SNS em regime de PPP. Por este motivo, neste momento, não é possível antever qual será a sugestão de metodologia que virá a ser apresentada, a final, pelo Ministério da Saúde e, nesta medida, qual o impacto que a mesma poderá ter em termos financeiros, sendo, porém, estimável que, a haver algum impacto, este sempre seria favorável para o parceiro público.

Página **275** de **332** 

### f) Atividades específicas de promoção e prevenção da saúde e atos clínicos adicionais

No entendimento da ARSN, a aplicação de programas de promoção e prevenção da saúde à população da área de influência do Hospital de Braga, ao abrigo da cláusula 27.ª, ou a determinação da prática de atos clínicos adicionais, nos termos do n.º 3 da cláusula 24.ª, todas do Contrato de Gestão, têm apresentado diversos constrangimentos, obrigando, nomeadamente, a sujeição dos acordos de pagamento obtidos a este respeito a visto prévio do Tribunal de Contas, o que frequentemente gera atrasos na sua aplicação. Por outro lado, no mesmo programa podem existir prestações que correspondem a atividades dos cuidados primários e outras que correspondem a atividades dos cuidados diferenciados, estes últimos da responsabilidade do Hospital na sua realização.

Considerando a importância e o impacto destes programas na promoção da saúde das populações e que o atraso na sua implementação gera desigualdades regionais no acesso aos mesmos, sugere a ARSN que estes sejam considerados como linhas contratuais específicas, desde que detenham uma expressão regional e sejam pagos nos mesmos termos dos hospitais EPE.

O impacto financeiro desta alteração dependerá do número e tipo de programas a considerar. Atualmente, estão em pedido de autorização o programa do diagnóstico pré-natal (80.000 euros/ano), o programa da retinopatia diabética (36.000 euros) e o telerrastreio dermatológico (130.000 euros).

#### g) Alargamento da área de influência do Hospital de Braga

Como antes referido, nos termos da cláusula 29.ª do Contrato de Gestão, o Hospital de Braga tem como área de influência os distritos de Braga e de Viana de Castelo, servindo como hospital de primeira linha para os concelhos de Braga, Amares, Póvoa de Lanhoso, Terras de Bouro, Vieira do Minho e Vila Verde e como hospital de segunda linha para os demais concelhos dos distritos de Braga e de Viana do Castelo.

Por sua vez, o CHMA tem como área de influência os concelhos de Famalicão, Santo Tirso e Trofa. O primeiro concelho pertence ao distrito de Braga e, como tal, referencia para o Hospital de Braga, enquanto os outros dois pertencem ao distrito do Porto e referenciam para o Centro Hospitalar de S. João. De acordo com a ARSN, esta situação gera diversas dificuldades de referenciação e de acompanhamento dos doentes por parte do CHMA.

A inclusão dos concelhos de Santo Tirso e Trofa na área de influência do Hospital de Braga, sugerida pela ARSN, implicaria um acréscimo populacional na área de influência desta unidade hospitalar, como hospital de segunda linha, de 109.000 habitantes. De acordo com a informação disponibilizada pela ARSN, o impacto financeiro, considerando o acréscimo populacional referido (10% da população atualmente servida pelo hospital) e a remuneração base anual da EGEST em 2016, seria de cerca de 2,8 milhões de euros (2% da referida remuneração base em 2016) a favor da EGEST.

#### b) Determinação unilateral da produção prevista (n.º 7 da cláusula 37.ª)

De acordo com a cláusula 37.ª, n.º 7, do Contrato de Gestão, em caso de determinação unilateral da produção prevista pela EPC<sup>102</sup>, esta deve ser fixada dentro dos limites inferior e superior da utilização hospitalar pela população da área de influência do Hospital de Braga, verificada nos cinco anos imediatamente anteriores.

Acontece que, caso o parceiro público recorresse a esta alternativa, os níveis de produção a contratar seriam bastante superiores àqueles que têm vindo a ser contratados por acordo entre as partes, o que condiciona a utilização por parte do Estado desta faculdade de imposição unilateral da produção e fragiliza a sua posição no processo negocial relativo à fixação da produção prevista. Nesta medida e tendo em consideração que a produção do hospital encontra-se já "em velocidade cruzeiro", a ARSN sugere, em alternativa, que, em caso de fixação unilateral por parte do Estado, a produção prevista seja fixada dentro dos limites inferior e superior da produção efetiva do Hospital de Braga, verificada nos cinco anos imediatamente anteriores.

Página 277 de 332

<sup>102</sup> De acordo com a cláusula 52.ª, n.º 4, do Contrato de Gestão, "caso as partes não cheguem a acordo até 15 de Novembro de cada ano, a Entidade Pública Contratante tem a faculdade de determinar, unilateralmente, os elementos, necessários à fixação da Produção Prevista, da parcela a cargo do Serviço Nacional de Saúde e dos limites aos valores de referência dos Parâmetros de Desempenho".

232. Tendo em consideração uma escala ascendente de relevância de um a cinco, das oito alterações sugeridas pela ARSN, três delas foram classificadas por aquela entidade com o grau de relevância de 4<sup>103</sup>, três com o grau de relevância de 3<sup>104</sup> e outras duas de 2<sup>105</sup>. O que vale por dizer que, de acordo com a análise efetuada pela ARSN, a nenhuma das alterações identificadas foi atribuído o grau máximo de relevância, não tendo, como tal, nenhuma daquelas sido considerada imprescindível num cenário de renovação.

Quanto à alteração relativa ao alargamento da área de influência, foi mesmo comunicado pela ARSN, através do membro da Equipa de Projeto que foi nomeado em sua representação, que, dadas as implicações que esta alteração teria na revisão da rede de referenciação hospitalar da região, a mesma deveria ser considerada como tendo uma relevância de 2, "significando este facto que a ARS Norte, apesar da presente disfuncionalidade existente na articulação dos hospitais envolvidos, se sentiria confortável, caso se venha a verificar uma decisão no sentido da renovação do contrato com a Entidade Gestora ou do lançamento de um novo procedimento concursal para lançamento de uma nova parceria, com a manutenção da atual situação" 106.

Noutro prisma, importa ainda sublinhar que as propostas de alteração apresentadas pela ARSN não foram objeto de apreciação pelo Senhor Secretário de Estado da Saúde, nem pelo Senhor Secretário de Estado Adjunto e das Finanças, pelo que não se conhece a posição do Governo sobre a pertinência e grau de relevância das alterações sugeridas por aquela entidade. Poderá ainda acontecer, à semelhança do que sucedeu relativamente às alterações propostas pela ARSLVT no âmbito do processo de avaliação da renovação do contrato de gestão do Hospital de Cascais, que a decisão final quanto a algumas das alterações fique dependente de parecer prévio de outras entidades competentes do Ministério da Saúde (cfr. pontos 41 e 42 da Proposta Fundamentada). Adicionalmente, não se pode igualmente excluir que, na ótica daqueles decisores, se afigure necessário introduzir outras alterações, como forma de garantir a adequação do Contrato de Gestão à evolução entretanto ocorrida no mercado da saúde.

Sem prejuízo de não haver ainda uma decisão do Ministério da Saúde quanto à introdução das alterações sugeridas pela ARSN, podendo, consequentemente, aquelas vir ainda a ser consideradas pelos órgãos competentes pela determinação da política nacional

<sup>103</sup> As descritas nas alíneas a), c) e f) supra.

<sup>104</sup> As descritas nas alíneas b), e) e h) supra.

<sup>105</sup> As descritas nas alíneas d) e g) supra.

<sup>106</sup> Cfr. e-mail do Dr. Pedro Brito Esteves de 3 de fevereiro de 2017.

na área da saúde como não essenciais ou mesmo como não convenientes num cenário de renovação do Contrato de Gestão, por uma questão de cautela e de completude de análise, proceder-se-á à análise da viabilidade jurídica daquelas alterações, nomeadamente para o caso de aquelas virem a ser consideradas pelos órgãos competentes como necessárias.

#### 3.3.2. Análise jurídico-financeira das alterações a introduzir

233. Conhecidas as alterações que a ARSN considera que seria conveniente introduzir no quadro contratual que venha a regular a prestação de serviços clínicos no Hospital de Braga nos próximos anos, cumpre agora aquilatar, ainda que de forma sucinta, da legalidade de tais modificações à luz dos limites legais à modificabilidade do atual Contrato de Gestão. Por outras palavras, cabe previamente apurar se tais alterações podem ser introduzidas no atual instrumento contratual ou se, pelo contrário, a introdução das mesmas obrigaria ao lançamento de um novo concurso e à celebração de um novo contrato. Com efeito, no caso de aquelas alterações virem a ser consideradas como necessárias pelos órgãos competentes pela determinação da política nacional na área da saúde, a (im)possibilidade de se negociar e alterar o atual Contrato de Gestão, sem procedimento concorrencial prévio, poderá ser determinante na avaliação e escolha das várias soluções acima descritas, objeto do presente Relatório 107.

#### a. Ponto prévio: definição do regime legal aplicável

234. Antes de entrar na análise propriamente dita da legalidade da introdução no clausulado do atual Contrato de Gestão das mencionadas alterações, importa esclarecer que, muito embora a renovação corresponda, como anteriormente se referiu, à reconstituição, no termo do prazo e em iguais moldes ou próximos, do complexo originalmente inscrito no contrato inicial, em abstrato e em termos lógicos, nada impede

Página 279 de 332

<sup>107</sup> A este respeito, recorde-se que, no contrato de gestão do Hospital de Loures, a possibilidade de renovação depende expressamente, nos termos do n.º 2 da respetiva cláusula 38.ª, de o parceiro público não pretender, "por razões de interesse público, introduzir modificações na actividade objecto da parceria que se mostrem incompatíveis com a continuidade do Contrato".

que, antes da renovação do vínculo contratual, se proceda à renegociação do contrato, para, num momento posterior, se proceder à renovação do contrato alterado.

235. Ainda a título preliminar, importa frisar que, tendo em conta o conteúdo do Contrato de Gestão e, em especial, o modo como se encontra gizado o respetivo objeto, aquele assume a natureza de um contrato administrativo de concessão de serviço público, que Marcello Caetano definia como o "acordo pelo qual uma pessoa coletiva de direito público transfere para outra pessoa, durante o prazo estipulado, o seu poder de estabelecer e explorar determinado serviço público, para ser exercido por conta e risco do concessionário mas sempre no interesse público" 108. Mais tarde, Pedro Gonçalves propôs que a concessão de serviço público fosse definida como o "acto constitutivo de uma relação jurídica administrativa pelo qual uma pessoa, titular de um serviço público, atribui a uma outra pessoa o direito de, no seu próprio nome, organizar, explorar e gerir esse serviço" 109.

Atualmente, na linha dessa melhor doutrina, o artigo 407.º do CCP define o contrato de concessão de serviços públicos como o contrato administrativo "pelo qual o co-contratante se obriga a gerir, em nome próprio e sob sua responsabilidade, uma atividade de serviço público, durante um determinado período, sendo remunerado pelos resultados financeiros dessa gestão ou, diretamente, pelo contraente público".

Desde logo, o Contrato de Gestão assume-se como *ato constitutivo de uma relação jurídica administrativa* ou, dito de outro modo, como um contrato administrativo, na medida em que, através do mesmo, o contraente privado se associa ao desempenho regular de atribuições do contraente público, em concreto, à prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS, estando, como tal, associado à satisfação de uma utilidade pública. A existência de um regime de Direito Administrativo é também patente tanto no clausulado do contrato, no qual podemos encontrar diversas regras norteadas por preocupações de direito público<sup>110</sup>, como na disciplina legal subsidiariamente aplicável, como é o caso do Decreto-Lei n.º

<sup>108</sup> Cfr. Marcello Caetano, Manual de Direito Administrativo, I, Coimbra, 1984, pp. 583 e 584.

<sup>109</sup> Cfr. A Concessão de Serviços Públicos (uma aplicação da técnica concessória), Coimbra, 1999, p. 130.

<sup>110</sup> *Cfr.*, entre outras, as cláusulas referentes à modificação unilateral do contrato ou à resolução unilateral por motivos de interesse público.

185/2002, de 20 de agosto <sup>111</sup>, tendo ainda sido celebrado na sequência de um procedimento concursal regulado por normas de direito público <sup>112</sup>.

Por fim, dentro do conjunto de direitos e obrigações da EGEST, constam os de gerir um serviço público (de saúde), com transferência do risco de exploração para aquela.

Esta classificação do Contrato de Gestão como um contrato administrativo, em concreto como um contrato de concessão de serviço público, é relevante para a análise a efetuar pela Equipa do Projeto, na medida em que determina a sujeição daquele contrato a um conjunto de regras e princípios de Direito Administrativo que regem e limitam a modificabilidade daqueles contratos.

236. Relativamente à legislação nacional, a disciplina jurídica aplicável à execução dos contratos administrativos encontra-se consagrada na Parte III do CCP. No entanto, dispõe-se no artigo 16.°, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, que aprovou o CCP, que aquele código só é aplicável à execução dos contratos administrativos celebrados na sequência de procedimentos de formação iniciados após a data da sua entrada em vigor (30 de julho de 2008). Ora, considerando que o contrato em apreço foi celebrado na sequência de procedimento de formação iniciado antes dessa data, conclui-se, à partida, que não se lhe aplicam, por esta via, as disposições do CCP em matéria de modificação de contratos administrativos.

Não significa isto, no entanto, que as soluções plasmadas no CCP não relevem nesta análise. Pelo contrário, tais soluções são de ter em conta, apesar de não serem diretamente aplicáveis, na medida em que dão forma de lei a orientações que eram já anteriormente propugnadas na doutrina e na jurisprudência ou tomam partido num dos sentidos possíveis relativamente a aspetos em torno dos quais existia controvérsia.

Sem prejuízo, não sendo diretamente aplicável à execução do contrato aqui em causa o CCP, deveremos recorrer igualmente aos princípios gerais de direito dos contratos administrativos, bem como aos princípios gerais do direito e, na parte aplicável, ao Código do Procedimento Administrativo, que se continua a aplicar a contratos administrativos

Página 281 de 332

<sup>111</sup> No preâmbulo do Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, pode-se ler que "o contrato de gestão reveste, assim, a natureza de um verdadeiro contrato de concessão de serviço público, embora a sua designação pretenda clarificar que, no âmbito da saúde, o Estado mantém em maior grau a responsabilidadê".

<sup>112</sup> Sobre a definição de contratos administrativos, fr. artigo 1.°, n.° 6, do CCP.

como aquele aqui em causa, malgrado a revogação operada pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro<sup>113</sup>.

237. No quadro do direito da União Europeia, refira-se que a figura do contrato de concessão de serviços públicos apenas era objeto de um número limitado de disposições de direito derivado e sempre num contexto setorial específico, não existindo, até muito recentemente, regras gerais para a respetiva execução, nomeadamente, para a sua modificação. A previsão de disposições específicas sobre o regime de modificação dos contratos, incluindo dos de concessão de serviços públicos, é uma das novidades das Diretivas n.º 2014/23/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 26 de fevereiro de 2014, relativa à adjudicação de contratos de concessão ("Diretiva 2014/23/UE"), e n.º 2014/24/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 26 de fevereiro de 2014, relativa aos contratos públicos ("Diretiva 2014/24/UE")<sup>114</sup>.

Muito embora, na nossa opinião, aquelas não sejam diretamente aplicáveis aos contratos celebrados antes da sua entrada em vigor<sup>115</sup> – como é o caso do Contrato de Gestão – e não tenham sido ainda transpostas para o nosso ordenamento jurídico, as disposições destas novas diretivas serão consideradas na análise que se segue, na medida em que refletirem as soluções do direito da União Europeia de fonte jurisprudencial consagradas durante a vigência das anteriores normas e princípios do ordenamento jurídico da União Europeia e por haver o risco de se entender que aquelas não são mais do que a concretização legal dos princípios da União Europeia em matéria de livre circulação dos serviços e abertura à concorrência resultantes dos respetivos tratados – esses sim diretamente aplicáveis ao contrato em análise.

<sup>113</sup> Esta conclusão não é prejudicada, em nossa opinião, pela entrada em vigor do novo Código do Procedimento Administrativo, aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 4/2015, de 7 de janeiro, que devolve, por sua vez a remissão para o CCP. De todo o modo, sublinhe-se, a exposição aqui avançada sempre mereceria a mesma conclusão caso fosse o CCP aplicável, sendo sempre feita, conforme exposto em texto, a articulação com as referidas disposições.

<sup>114</sup> Publicadas no Jornal Oficial da União Europeia no dia 28 de março de 2014 e cujas regras, em conjunto com as disposições da Diretiva n.º 2014/25/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, relativa aos contratos públicos celebrados pelas entidades que operam nos setores da água, da energia, dos transportes e dos serviços postais, entraram em vigor no dia 17 de abril de 2014. Os Estados-Membros deveriam transpor a diretiva até 18 de abril de 2016.

<sup>115</sup> Cfr., entre outros, o Acórdão do Tribunal de Justiça das Comunidades Europeias de 15 de outubro de 2009, Processo C-138/08.

**b.** Dos limites gerais à modificação dos contratos administrativos

238. O princípio geral que vigora nos contratos administrativos, como em quaisquer outros, é o *pacta sunt servanda*, segundo o qual os contratos são para ser executados nos termos pactuados.

Isto não significa, porém, que não possam ser modificados. Essa modificação do contrato, no entanto, ter-se-á de nortear obrigatoriamente – à semelhança aliás do que sucede com as demais decisões administrativas – pela prossecução do interesse público, nos termos do artigo 266.º da Constituição da República Portuguesa, e não poderá conduzir a uma alteração substancial do contrato original em termos tais que conduza, na prática, à execução de um contrato completamente diferente<sup>116</sup>.

239. A modificação dos contratos administrativos pode ser analisada, em abstrato, em relação a dois aspetos que se encontram intimamente relacionados.

O primeiro diz respeito à análise dos motivos ou fundamentos que conduzem à modificação do contrato. Podem, assim, ser vários os motivos que levam à modificação do contrato: alteração anormal e imprevisível das circunstâncias, alteração legislativa ou razões de interesse público decorrente de necessidades novas ou de uma nova ponderação das circunstâncias existentes; noutra perspetiva, tal modificação pode ainda resultar de acordo das partes, de decisão judicial ou arbitral ou do exercício do poder de modificação unilateral do contraente público.

O segundo aspeto está relacionado com os *limites dos poderes de modificação contratual*, já que, como se começou por referir, nem todas as modificações ao contrato são permitidas, não sendo designadamente admissíveis alterações substanciais ao acordo original.

Com efeito, a modificação dos contratos administrativos encontra-se submetida a determinados limites que visam não só proteger o cocontratante privado, mas igualmente os interesses da transparência, da concorrência e da objetividade.

Como é pacificamente reconhecido pela doutrina, estão em causa essencialmente dois limites ou restrições ao poder de modificar um contrato administrativo, impostos, por

A.AC

Página 283 de 332

<sup>116</sup> Neste sentido, como refere Pedro Gonçalves, "a Administração pode mudar o contrato mas não pode mudar de contrato" (cfr. A Concessão de Serviços, p. 258).

um lado, pelo princípio da intangibilidade do objeto (essencial) do contrato e, por outro lado, pelo princípio da concorrência<sup>117</sup>.

Atualmente, ambos os limites foram objeto de consagração expressa no CCP, que estabelece, no seu artigo 313.°, n.° 1, aplicável a todas as modificações objetivas dos contratos, sejam elas unilaterais ou consensuais, que "a modificação não pode conduzir à alteração das prestações principais abrangidas pelo objeto do contrato [— princípio da intangibilidade do objeto —] nem configurar uma forma de impedir, restringir ou falsear a concorrência garantida pelo disposto no presente Código relativamente à formação do contrato [— princípio da concorrência]".

Por força do princípio da intangibilidade do objeto, "não podem ser alteradas as prestações típicas do contrato, ou seja, o respetivo núcleo essencial, constituído por aquelas prestações que identificam um determinado tipo contratual (que o individualizam)" o que significa que "a Administração [pode] modificar o contrato, mas apenas dentro do âmbito do respetivo objeto" 119.

A modificação contratual está ainda limitada pela necessária consideração da proteção da concorrência — não apenas dos operadores económicos que concorreram ou que poderiam ter concorrido à adjudicação do contrato inicial, mas também dos potenciais concorrentes a uma nova adjudicação — afigurando-se irrelevante que o contrato seja modificado por ato unilateral ou por acordo 120. Aliás, "com este limite, tem-se em vista, principalmente, evitar situações de manipulação do poder de modificação por parte do contraente público em conluio com o co-contratante (no âmbito da modificação por acordo das partes)" 121.

Aos acima considerados acresce um terceiro limite: o respeito pelo equilíbrio económico-financeiro do contrato. Nos termos do artigo 314.º do CCP, se da alteração do contrato, por razões de interesse público ou com fundamento em alteração anormal e

<sup>117</sup> Como refere Pedro Gonçalves, "a modificação do contrato [deve] balizar-se não só pelo "scope of the contract" (fim do contrato) como também pelo "scope of the competition" (fim da proteção da concorrência)" (cfr. "Acórdão Pressetext: modificação do contrato existente vs adjudicação de novo contrato", Cadernos de Justiça Administrativa, n.º 73 (janeiro/fevereiro 2009), p. 17). No mesmo sentido, Gonçalo Guerra Tavares/Nuno Monteiro Dente, Código dos Contratos Públicos, Comentado, II, Coimbra, 2011, p. 95 e Tiago Duarte, "Os Eléctricos de Marselha não chegaram a Sintra: O Tribunal de Contas e os limites à modificação dos contratos", Revista de Contratos Públicos, n.º 3 (setembro/dezembro 2011), pp. 33 e ss.

<sup>118</sup> Cfr. Gonçalo Guerra Tavares/Nuno Monteiro Dente, Código dos Contratos Públicos, Comentado, p. 95.

<sup>119</sup> Cfr. Pedro Gonçalves, "Acórdão Pressetext:", p. 16.

<sup>120</sup> Cfr., neste sentido, Acórdão n.º 20/10 do Tribunal de Contas, proferido no Processo n.º 108/2010, de 1 de junho de 2010, pp. 7 e ss.

<sup>121</sup> Cfr. Carla Amado Gomes, "A conformação da relação contratual no Código dos Contratos Públicos", Estudos de Contratação Pública – I, 2008, p. 542.

imprevisível das circunstâncias, resultar um desequilíbrio económico-financeiro, a equação financeira em que assentou o contrato deve ser reposta.

À luz do exposto, pode concluir-se, pois, que, à luz do ordenamento jurídico português, os contratos administrativos não são realidades imutáveis, embora a sua modificação se encontre condicionada a determinados limites. Da conjugação dos vários limites e critérios referidos decorre que as alterações introduzidas num contrato administrativo, durante a sua vigência, apenas constituem uma nova adjudicação quando apresentem características substancialmente diferentes das do contrato inicial e sejam, consequentemente, suscetíveis de demonstrar a vontade das partes em renegociar os termos essenciais do contrato.

240. Ainda com relevo para análise da legalidade da introdução no clausulado do atual Contrato de Gestão das alterações em apreço e para definir quais os limites legais à modificação dos contratos, importa salientar a possibilidade prevista expressamente no CCP de, em determinadas circunstâncias, se contratar serviços a mais, isto é, serviços cuja quantidade ou espécie não esteja prevista inicialmente no contrato e que:

- a) "Se tenham tornado necessários à prestação dos serviços objecto do contrato na sequência de uma circunstância imprevista; e
- b) Não possam ser técnica ou economicamente separáveis do objeto do contrato sem inconvenientes graves para o contraente público ou, embora separáveis, sejam estritamente necessários à conclusão do objeto do contrato<sup>25122/123</sup>.

Em qualquer caso, estabelece o artigo 454.º desse Código que tais serviços não podem ser contratados quando "o preço atribuído aos serviços a mais, incluindo o de anteriores serviços a mais, ultrapasse 40 % do preço contratual".

NL A.

Pagina 285 de 332

<sup>122</sup> Cfr. artigo 454.°, n.° 1, do CCP.

<sup>123</sup> Consideramos a aplicabilidade desta norma ao Contrato de Gestão, de acordo com o entendimento supra expendido de que, apesar de o contrato ser regulado, prima facies, pelo Código do Procedimento Administrativo de 1991, não pode ignorar-se que o regime geral e específico, de regulação substantiva dos contratos de concessão de serviço público que veio a ser estabelecido pelo CCP deve aqui ser convocado, nos termos e pelas razões já enunciadas. Neste particular, cabe ainda referir que, sem prejuízo de o artigo 454.º do CCP integrar o regime substantivo do contrato de aquisição de serviços, não se vislumbra qualquer razão que deva afastar a sua aplicação aos contratos de concessão de serviços públicos. Com efeito, atendendo a que objeto da mesma, compreende, justamente, a realização de serviços, deve aqui presidir a mesma lógica seguida pelo legislador nacional de que o regime substantivo dos contratos de empreitada de obras públicas, incluindo o regime de trabalhos a mais, se deve aplicar às empreitadas de obras públicas cuja execução seja necessária para a realização do objeto das concessões de obras públicas (gr. artigo 426.º - «Remissão» -, do CCP).

**241.** A este propósito, refira-se ainda que o próprio Contrato de Gestão contém uma disposição destinada a consagrar a realização de atos clínicos adicionais, a saber, a cláusula 24.ª, n.º 3, do Contrato de Gestão, que dispõe que:

"A Entidade Gestora do Estabelecimento deve realizar todos os actos clínicos adicionais de acordo com o Perfil Assistencial que lhe sejam solicitados pela Entidade Pública Contratante, nos termos que vierem a ser acordados, e para os quais detenha os meios humanos e materiais disponíveis, não sendo contabilizados os actos realizados ao abrigo desta cláusula para efeitos da aplicação do disposto nos n.ºs 3, 4, 5,6, 7,10 e 12 da cláusula 38.ª."

242. Por fim, a Diretiva 2014/23/UE, incorporando, como referimos, as soluções básicas desenvolvidas pela jurisprudência do Tribunal de Justiça da União Europeia 124/125, consagra, inovatoriamente, uma disposição específica sobre a modificação dos contratos durante o seu período de vigência, na qual se identifica um conjunto limitado de

<sup>124</sup> A jurisprudência comunitária proferida a propósito da modificabilidade dos contratos públicos, nomeadamente a sufragada nos acórdãos do Tribunal de Justiça das Comunidades Europeias, de 19 de junho de 2008, Proc. C-454/06 ("Acórdão Pressetext") – e de 29 de abril de 2004, Proc. C-496/99 ("Acórdão Comissão/ CAS Succhi di Frutta"), é descrita no Acórdão do Tribunal de Contas n.º 3/2013, de 26 de fevereiro (Processo n.º 1654/2012), do seguinte modo:

<sup>&</sup>quot;- O direito comunitário não proíbe a modificação de contratos públicos, mas limita-a de forma significativa por aplicação dos princípios da concorrência, igualdade e transparência;

<sup>-</sup> É possível introduzir alterações aos contratos desde que a possibilidade de modificação haja sido expressamente prevista no contrato inicial ou nas peças do procedimento de adjudicação, de forma precisa quanto às circunstâncias e condições em que pode ser feita;

<sup>-</sup> Ainda que não expressamente autorizadas, admitem-se alterações não substanciais aos contratos mas não podem ser feitas quaisquer alterações substanciais;

<sup>-</sup> As alterações são substanciais quando apresentam características substancialmente diferentes das do contrato inicial e sejam, consequentemente, susceptíveis de demonstrar a vontade das partes de renegociar os termos essenciais do contrato;

<sup>-</sup> Salvo previsão expressa ou operações de reorganização interna do co-contratante, a substituição do co-contratante ao qual a entidade adjudicante tinha inicialmente adjudicado o contrato por outro constitui uma alteração de um dos termos essenciais do contrato público;

<sup>-</sup> Não é possível o alargamento do contrato, numa medida importante, a serviços inicialmente não previstos;

<sup>-</sup> Salvo ajustamentos inicialmente previstos ou sem significado relevante, a alteração do preço durante o período de vigência do contrato constitui alteração de uma das suas condições essenciais;

<sup>-</sup> As modificações só são possíveis até ao ponto em que se possam considerar "neutras" para os interesses económicos dos proponentes, em particular do co-contratante privado, que não deve resultar beneficiado;

<sup>-</sup> As modificações só são possíveis se não forem prejudiciais aos interesses dos que poderiam ter apresentado proposta no processo de adjudicação inicial;

As modificações só são possíveis se não forem prejudiciais aos interesses dos potenciais concorrentes a uma nova adjudicação;

<sup>-</sup> Fora destes parâmetros, as alterações correspondem a uma nova adjudicação;

<sup>-</sup> Nesses casos, o contraente público tem o dever de promover a «concorrência para o mercado»".

<sup>125</sup> Sobre a interpretação dos tribunais administrativos portugueses fazem dessa jurisprudência, *cfr.* Acórdão do Tribunal Central Administrativo Sul, de 21 de março de 2013, Processo n.º 09580/12.

circunstâncias em que são admitidas alterações contratuais substanciais, ou não, sem a necessidade de lançamento de um novo procedimento pré-contratual.

De facto, conforme se lê no considerando 75 dessa Diretiva, "os contratos de concessão normalmente envolvem complexos mecanismos técnicos e financeiros a longo prazo que estão muitas vezes sujeitos a circunstâncias variáveis. É por conseguinte necessário clarificar as condições em que as modificações de uma concessão durante a sua execução exigem um novo procedimento de adjudicação da concessão, tendo em conta a jurisprudência pertinente do Tribunal de Justiça da União Europeia".

Por sua vez, do artigo específico sobre a modificação de concessões durante o seu período de vigência – o artigo 43.º da Diretiva 2014/23/UE<sup>126</sup> – resulta, em termos gerais, o seguinte:

- O princípio geral é o de que uma modificação substancial das disposições de uma concessão durante o seu período de vigência é considerada uma nova adjudicação e obriga a um novo procedimento de adjudicação;
- Uma modificação é considerada substancial quando tornar a concessão substancialmente diferente do contrato inicialmente celebrado;
- Uma modificação é ainda considerada substancial, quando se verificar uma das seguintes condições:
  - A modificação introduz condições que, se fizessem parte do procedimento de adjudicação original, teriam permitido a seleção de outros candidatos ou a adjudicação da concessão a outro requerente ou proponente;
  - A modificação altera o equilíbrio económico da concessão a favor do concessionário;
  - A modificação alarga consideravelmente o âmbito da concessão<sup>127</sup>;

DA IN. P

Página 287 de 332

<sup>126</sup> Equivalente ao artigo 72.º da Diretiva 2014/24/UE relativa aos contratos públicos.

<sup>127</sup> O legislador não indica, contudo, o que se deve entender por um alargamento considerável do âmbito da concessão. Todavia, o Tribunal de Justiça das Comunidades Europeias (atual Tribunal de Justiça da União Europeia), no já mencionado Acórdão *Pressetext*, referindo-se ao alargamento dos serviços inicialmente previstos no contrato *numa medida importante*, remeteu expressamente para o regime dos serviços adicionais ou complementares. Em igual sentido, *cfr.* Acórdão do Tribunal Central Administrativo Sul, de 21 de março de 2013, Processo n.º 09580/12.

- Em derrogação ao princípio geral, uma modificação da concessão não obriga a um novo procedimento de adjudicação nomeadamente em qualquer um dos seguintes casos:
  - Se a modificação, independentemente do seu valor monetário, estiver prevista nos documentos iniciais da concessão em cláusulas de revisão, que podem incluir cláusulas de revisão dos valores, ou opções claras, precisas e inequívocas, que devem indicar o respetivo âmbito e a natureza e que não podem prever modificações ou opções que alterem a natureza global da concessão;
  - Se decorrer da necessidade de serviços adicionais, que não tenham sido incluídos na concessão inicial, desde que a mudança de concessionário:
    - Não possa ser efetuada por razões económicas ou técnicas, como requisitos de permutabilidade ou interoperabilidade com equipamento, serviços ou instalações existentes adquiridos ao abrigo da concessão inicial; e
    - O Seja altamente inconveniente ou provoque uma *duplicação substancial* de custos para a autoridade ou entidade adjudicante.
  - Se se verificarem todas as seguintes condições:
    - A necessidade de modificação decorre de circunstâncias que uma autoridade ou entidade adjudicante diligente não poderia prever;
    - A modificação não altera a natureza global da concessão;
    - O No caso das concessões adjudicadas por autoridades contratantes, se o aumento do preço não ultrapassar 50% do valor da concessão original, sendo que, no caso de modificações diversas, a limitação aplica-se ao valor de cada modificação.
  - Adicionalmente, as concessões podem ser modificadas sem necessidade de novo procedimento de adjudicação, caso o valor da modificação seja inferior ao limiar previsto no artigo 8.º da diretiva em causa<sup>128</sup> e a 10% do valor da concessão inicial, e desde que a mesma não altere a natureza

<sup>128</sup> Que corresponde a 5.186.000 euros.

global da concessão; o valor aqui em causa é avaliado com base no valor líquido acumulado das várias modificações.

Em síntese, resulta daquele preceito que apenas são admissíveis as alterações contratuais: (i) que sejam habilitadas por uma disposição do contrato originário; (ii) que, não estando expressamente previstas no contrato, não determinem, contudo, uma alteração substancial do seu conteúdo; ou (iii) que, não sendo habilitadas pelo contrato e ainda que implicando uma alteração de cariz substancial, constituam serviços adicionais ou sejam justificadas por uma evolução imprevisível das circunstâncias em que as partes fundaram a decisão de contratar.

243. Por último, cumpre mencionar a cláusula 114.ª, n.º 1, alínea a), do Contrato de Gestão, que dispõe que "a modificação objectiva do Contrato só pode ser feita com fundamento na verificação de um facto imprevisto e anormal na sua execução que determine [...] a necessidade de ajustamento às prestações de saúde do serviço público que devam ser realizadas e que não tenham um mecanismo de determinação contratual".

No entanto, chamamos a atenção para a circunstância de aquela norma, na medida em que exige a ocorrência de um facto imprevisto e anormal para se proceder à alteração contratual, se revelar contrária ao princípio geral de direito administrativo supra mencionado segundo o qual os contratos são alteráveis com fundamento, quer na alteração anormal e imprevisível das circunstâncias, quer em razões de interesse público decorrentes de necessidades novas ou de uma nova ponderação do interesse público. Esse princípio, embora apenas tenha passado a ter consagração normativa expressa através do artigo 312.º do CCP, já vigorava na data da celebração do contrato, por força do artigo 180.º do Código do Procedimento Administrativo de 1991 e do artigo 24.º, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. Razão pela qual se considera que esta parte da cláusula 114.ª do Contrato de Gestão deverá ter-se por não escrita ou ser interpretada corretivamente - até porque o disposto na cláusula 24.ª, n.º 3, do Contrato de Gestão, acima enunciada, revela que não era intenção das partes que a norma fosse interpretada com o alcance literal que resulta do seu clausulado, já que aí se preveem "modificações" ao âmbito das prestações contratadas cujo fundamento não se tem de basear na ocorrência de uma alteração anormal e imprevista das circunstâncias, não sendo a referida cláusula, consequentemente, relevada no âmbito da análise das alterações propostas pela ARSN.

N. S.

Página 289 de 332

244. Chegados aqui e feito o enquadramento geral devido, passaremos em seguida a analisar as alterações contratuais sugeridas pela ARSN como passíveis de ser introduzidas no clausulado do Contrato de Gestão, atendendo-nos em especial naquelas que se afiguram relevantes para a verificação dos critérios acabados de expor.

#### c. Introdução da psiquiatria comunitária

245. Neste ponto, recorde-se que, não estando atualmente a EGEST obrigada a prestar serviços de psiquiatria comunitária, no entendimento da ARSN, o instrumento contratual que regule a prestação de serviços no Hospital de Braga nos próximos anos deverá prever expressamente a prestação daquela atividade.

No que respeita ao primeiro limite *supra* identificado – intangibilidade do objeto do contrato –, é nosso entendimento que esta alteração não coloca em causa o objeto essencial do Contrato na aceção acima referida, ou, nas palavras da Diretiva 2014/23/UE, que não estamos perante uma opção que *altere a natureza global da concessão*. Com efeito, mesmo que se introduzisse tal alteração, o objeto essencial do contrato continuaria idêntico, *i.e.*, a realização de prestações de saúde no âmbito do SNS, não se desvirtuando com aquela alteração a natureza das prestações a realizar ou a sua causa-função<sup>129</sup>.

Atingida esta conclusão, cabe agora verificar se essa modificação é admissível à luz do princípio da concorrência. Com efeito, não basta respeitar a identidade do contrato para que se possa concluir pela admissibilidade da modificação ideada, devendo ainda aquela ou ser habilitada por uma disposição do contrato originário ou disposição legal, ou, não estando expressamente prevista no contrato, ser neutra do ponto de vista da concorrência.

246. Como se referiu, tal alteração seria admissível se estivesse expressamente prevista e regulada no contrato e nas peças do procedimento que o precedeu. A este respeito, cumpre recordar que o Contrato admite a possibilidade de virem a ser realizados

<sup>129</sup> Como ensina Lourenço Vilhena De Freitas, o "objecto não afectável pela modificação unilateral é (...) o núcleo essencial de obrigações das quais resulta a identificabilidade do contrato base (...)", entendendo-se, por conseguinte, admissível a alteração nos contratos administrativos quando a alteração em causa não tenha por efeito transformar o contrato celebrado num outro, i.e., quando permite manter a natureza das prestações inicialmente acordadas, a sua causa-função, mantendo-se o tipo contratual (cfr. O Poder de Modificação Unilateral do Contrato Administrativo pela Administração (e as Garantias Contenciosas do seu Co-Contratante perante este Exercício), Coimbra, 2007, pp. 195-196).

atos clínicos adicionais, nos termos do n.º 3 da cláusula 24.ª¹³0, razão pela qual cumpre, antes de mais, verificar se a alteração sugerida pela ARSN poderia ser enquadrada nessa habilitação contratual.

De acordo com aquela cláusula, a EGEST deve realizar todos os atos clínicos adicionais compatíveis com o Perfil Assistencial que lhe sejam solicitados pela EPC, nos termos que vierem a ser acordados, e para os quais detenha os meios humanos e materiais disponíveis. Dito de outro modo, por forma a garantir a adaptabilidade do contrato ao longo da sua execução, o Contrato de Gestão prevê a possibilidade de se alterar o âmbito dos serviços a prestar, prevendo-se a realização de atos clínicos adicionais. No entanto e por se tratar de um poder exorbitante da EPC, essa possibilidade encontra-se limitada não só aos atos enquadráveis no Perfil Assistencial (o que, de acordo com a informação disponibilizada pela ARSN, sucede, no presente caso), mas também pela capacidade da EGEST.

Ora, conforme referido no ponto 3.3.1 do Relatório, a prestação da atividade de psiquiatria comunitária pelo estabelecimento do Hospital de Braga implicaria que aquele passasse a dispor de duas equipas multidisciplinares constituídas por um médico psiquiatra, um enfermeiro, preferencialmente com especialização em psiquiatria comunitária, um psicólogo, uma assistente social, um técnico de reabilitação psicossocial e um ajudante de ação direta, o que, na ótica da ARSN, obrigaria a EGEST a contratar novo pessoal para o efeito, o que impediria a aplicação da faculdade prevista naquela disposição. Realce-se, contudo, que se trata de um juízo hipotético da ARSN quanto à existência de meios humanos da EGEST disponíveis para o efeito. O que vale a dizer que, não pode, sem mais afastar-se a possibilidade de tais atos poderem ser incluídos no Contrato ao abrigo da habilitação contratual prevista no n.º 3 da cláusula 24.ª, caso, entre o mais, se conclua que a EGEST detém os recursos humanos disponíveis.

NA N Pá

Página 291 de 332

<sup>130</sup> A cláusula 27.ª do Contrato de Gestão permite a realização de atividades específicas adicionais relacionadas com a promoção e prevenção da saúde, que correspondam à prossecução de fins específicos de relevante interesse público na área da saúde. Acontece que a contratação destas atividades específicas deverá ser feita anualmente e não para todo o período de execução do Contrato, como se pretende no caso da psiquiatria comunitária. Ou seja, trata-se de uma solução contratual especialmente vocacionada para a execução de programas específicos de caráter não permanente, pelo que, mesmo que se considerasse que a prestação de serviços de psiquiatria comunitária poderia ser considerada uma atividade de promoção e prevenção da saúde — análise que não foi realizada —, a aplicação desta cláusula não habilitaria a alteração pretendida pela ARSN.

247. Dito isto e por não ser possível concluir, sem riscos, pela possibilidade de enquadramento destes serviços, como atos clínicos adicionais, importa verificar se a introdução da psiquiatria comunitária no Contrato, configurando-se como a prestação de um novo serviço, poderá ainda assim ser enquadrada na figura dos "serviços adicionais", nos termos legais, caso em que a referida alteração seria permitida no âmbito do presente Contrato de Gestão.

A este respeito, recorde-se que o artigo 454.º do CCP<sup>131</sup> exige que os *serviços a mais (i)* se tenham tornado necessários à prestação dos serviços objeto do contrato na sequência de uma circunstância imprevista; e *(ii)* não possam ser técnica ou economicamente separáveis do objeto do contrato sem inconvenientes graves para o contraente público ou, embora separáveis, sejam estritamente necessários à conclusão do objeto do contrato.

Neste ponto, as dúvidas que se colocam quanto à introdução no objeto do Contrato dos serviços de psiquiatria comunitária são de duas ordens.

Por um lado, a nosso ver, não se encontra suficiente demonstrado que estes serviços não podem ser técnica ou economicamente separáveis do objeto do contrato sem inconvenientes graves para o contraente público. Com efeito, não se vislumbra das informações fornecidas elementos suficientemente fortes para se concluir que tais serviços não podem ser prestados por outro operador. Esclareça-se que com esta conclusão não se pretende por em causa a conveniência da prestação destes serviços à população ou que o facto de estes serem prestados por uma outra unidade que não o Hospital de Braga não tem graves inconvenientes, mas apenas e tão-somente sublinhar que, com base na informação disponibilizada a este respeito, não é possível retirar, com segurança, o preenchimento do segundo dos requisitos identificados para a contratação de serviços a mais, nem, na verdade, o seu contrário, isto é, que é possível proceder à prestação desses serviços por outro prestador sem graves inconvenientes para o contraente público. Pelo que, caso o Ministério da Saúde considere esta alteração relevante, a questão de se saber se tal serviço pode ser técnica ou economicamente separável do objeto do contrato sem inconvenientes

<sup>131</sup> O conceito de serviços adicionais constante do CCP é mais exigente do que o conceito constante da Diretiva 2014/23/UE, ao exigir que aquele serviço se tenha tornado necessário na sequência de uma circunstância imprevista, pelo que, por uma razão de cautela, se optará, nesta parte, por considerar os pressupostos fixados pelo legislador nacional para que se possa proceder à adjudicação de serviços a mais. Com efeito, é discutível se se poderá apelar ao efeito direto da norma da diretiva que prevê a realização de serviços adicionais, até porque nada impede que, nesta matéria, o legislador nacional seja mais exigente do que o legislador comunitário, prevalecendo, nesse caso, a legislação nacional.

graves para o contraente público deve ser objeto de uma análise mais aprofundada por parte daquele Ministério.

Por outro lado, é ainda preciso demonstrar que tal serviço se tornou necessário na sequência de uma circunstância dita "imprevista". A este respeito, atente-se nas palavras de Ana Gouveia Martins a propósito do regime de trabalhos a mais constante do artigo 370.° do CCP: "[...] constitui seu pressuposto ineliminável a emergência de necessidades novas e causas imprevistas, não sendo suficiente uma mera reavaliação do interesse público por razões de conveniência ou oportunidade" 132.

Ademais, importa ter presente que, como bem salienta aquela Autora, "[o] Tribunal de Contas [...] tem interpretado o pressuposto da «necessidade, na sequência de uma circunstância imprevista» de forma assaz restritiva, sustentando que circunstância imprevista «é toda a circunstância que um decisor público normal, colocado na posição do real decisor não podia nem devia ter previsto». A «circunstância imprevista não pode ser, pura e simplesmente circunstância não prevista», sustentando que só merece essa classificação a «circunstância inesperada, inopinada», embora acrescente, em termos algo ambíguos que, apesar de tudo, a lei, aqui, não faz referência a acontecimentos imprevisíveis» "133/134".

Ora, tendo presente que a necessidade de se prestar cuidados de saúde mental à população, incluindo de psiquiatria comunitária, resulta da Lei n.º 36/98, de 24 de julho, e do Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro, anteriores ao concurso que esteve na origem do Contrato de Gestão, na falta de qualquer outra circunstância que justifique a existência de uma nova necessidade, parece-nos de difícil demonstração que a necessidade daquelas prestações tenha resultado de uma circunstância não prevista, ou seja, superveniente à celebração o contrato, independentemente de essa necessidade ser, ou não, previsível.

Neste sentido, esclarece o Tribunal de Contas que "não poderão ser qualificados como «trabalhos a mais» aqueles cuja realização era, de início, previsível, mas que por deficiente execução de um

Página 293 de 332

<sup>132</sup> Cfr. Ana Gouveia Martins, "A Modificação e os Trabalhos a Mais nos Contratos de Empreitadas de Obras Públicas", Estudos de Homenagem ao Prof. Doutor Sérvulo Correia, II, Coimbra, 2010, p. 100.

<sup>133</sup> Cfr. Ana Gouveia Martins, A Modificação e os Trabalhos a Mais, p. 101. Note-se que, muito embora o estudo de Ana Gouveia Martins incida sobre os trabalhos a mais, o regime jurídico das obras adicionais nos contratos de empreitadas de obras públicas é muito similar ao regime jurídico dos serviços a mais, entendendo-se, por esse motivo, que tal entendimento é igualmente aplicável, com as devidas adaptações, à figura dos serviços a mais.

<sup>134</sup> No que respeita à jurisprudência do Tribunal de Contas, cfr., entre outros, Acórdão n.º 24/06, de 19 de junho de 2006, Processo n.º 674/05, Acórdão n.º 89/05, de outubro de 2005, Processo n.º 167/05, Sentença n.º 11/2012, de 31 de outubro de 2012, Processo n.º 9 JRF/2011.

projecto, nele não tenham, desde logo, sido incluídos, ou que tenham resultado de uma decisão de alteração do mesmo, posterior à celebração do contrato<sup>2135</sup>.

248. Por fim, tendo presente as várias situações *supra* identificadas em que, quer o legislador da União Europeia, quer o legislador nacional, consideram a modificação dos contratos públicos admissível, resta verificar se aquela modificação poderá ser considerada como uma *alteração não substancial*, na medida em que não possa prejudicar a concorrência, nomeadamente os interesses de quem tenha apresentado proposta no procedimento que deu origem ao Contrato de Gestão.

A este respeito, o artigo 313.°, n.° 2, do CCP, concretizando o que se deve entender por alterações contratuais suscetíveis de impedir, falsear ou restringir a concorrência garantida na formação do contrato, estabelece que "[...] a modificação só é permitida quando seja objetivamente demonstrável que a ordenação das propostas avaliadas no procedimento de formação do contrato não seria alterada se o caderno de encargos tivesse contemplado essa modificação" 136. A ideia é, pois, a de que o contrato administrativo não pode ser alterado em termos tais que se corresse o risco de desvirtuar, a posteriori, os resultados do concurso legitimador do negócio. Ainda que por mútuo acordo entre o parceiro privado e parceiro público, a Administração estaria a proporcionar àquele novas condições que não foram dadas aos concorrentes preteridos para a elaboração das suas propostas.

A esta luz, importa, a um tempo, recordar que, de acordo com a ARSN, a alteração proposta não altera o perfil assistencial do Hospital de Braga, sendo enquadrável dentro do objeto do mesmo. Tal facto constitui um pressuposto relevante da análise que se seguirá. Com efeito, de acordo com as peças do procedimento que esteve na base da celebração do Contrato de Gestão, o perfil assistencial limitava o conjunto de atividades que poderiam ser prestadas no Hospital – limite esse que se mantém no Contrato de Gestão 137. Tanto assim é que, os concorrentes no concurso público para a celebração do Contrato de Gestão

<sup>135</sup> Cfr. Acórdão de 23 de novembro de 1999, in Revista do Tribunal de Contas, n.º 32, p. 213.

<sup>136</sup> Note-se, porém, que o CCP prevê um desvio à aplicação desse limite, em particular, quando "a natureza duradoura do contrato e o decurso do tempo o justifiquem", o que poderia ser o caso do presente Contrato de Gestão. Sucede que esse mesmo desvio não encontra tradução na nova normação comunitária sobre a modificabilidade dos contratos de concessão, nem, como melhor veremos, na jurisprudência do Tribunal de Contas. Nestes termos, uma interpretação mais cautelosa do regime aplicável e mais conforme com a nova normação comunitária aconselha a não aplicação de tal exceção à ao caso aqui em análise.

<sup>137</sup>De acordo com o n.º 1 da cláusula 24.ª, "a Entidade Gestora do Estabelecimento fica obrigada a assegurar a realização das prestações de saúde que constituem a Produção Prevista para cada ano de duração do Contrato, <u>de acordo com o perfil assistencial do Estabelecimento Hospitalar</u>" (sublinhado nosso).

podiam propor a realização de serviços clínicos adicionais, desde que não incluíssem qualquer nova especialidade não prevista no perfil assistencial <sup>138</sup>. Ou seja, o perfil assistencial constituía um parâmetro do caderno de encargos delimitador do âmbito de atuação da concessionária e, nessa medida, uma alteração que pusesse em causa o perfil assistencial poderia ser considerada como uma modificação não admissível de um aspeto essencial do Contrato.

A outro tempo, cumpre ter presente que, em função do impacto financeiro pouco expressivo que se estima que a introdução deste serviço teria na execução do contrato 139, é plausível e expectável que a sua introdução não afetaria o cálculo do VAL e, consequentemente, a hierarquização das propostas. Do mesmo modo, pelo seu reduzido impacto na estrutura económica do Contrato, a sua introdução não seria igualmente suscetível de fazer surgir outros concorrentes se o procedimento original tivesse incluído essa modificação. Pelo que, na nossa opinião, muito dificilmente se poderia afirmar que a alteração pretendida no Contrato de Gestão desvirtuaria os resultados do concurso público internacional que esteve na sua origem e que, consequentemente, violaria, por essa via, a concorrência.

Não obstante o exposto, importa ter presente que, por força da sua própria interpretação dos princípios de direito da União Europeia aplicáveis, o Tribunal de Contas tem vindo a adotar um conceito muito – quiçá excessivamente 140/141 – amplo de alteração substancial, considerando como substancial praticamente qualquer alteração "dos pressupostos que estiveram na base do procedimento competitivo através do qual foi feita a escolha da proposta adjudicada o presa, qualquer alteração ao preço, ao objeto do contrato ou aos parâmetros constantes do caderno de encargos. Nas suas palavras, é "[...] bizarro que se defenda [...] que as modificações pretendidas exigem uma revisão do caderno de encargos e simultaneamente se subscreva que não é necessário desencadear um novo procedimento de escolha 143.



<sup>138</sup> Cfr. Anexo I ao programa do procedimento.

<sup>139</sup> A remuneração anual da EGEST, de acordo com os pontos anteriores, é de cerca de 130 milhões de euros, sendo o impacto financeiro da introdução da psiquiatria comunitária estimada em 443.840 euros/ano.

<sup>140</sup> Para uma crítica à posição assumida pelo Tribunal de Contas quanto aos limites à modificabilidade dos contratos administrativos, fr. Tiago Duarte, "Os Elétricos de Marselha", pp. 27 ss.

<sup>141</sup> Sobre o perigo da primazia da proteção da concorrência constituir um recuo na prossecução do interesse público, ¿fr. Pedro Gonçalves, "Acórdão Pressetext", p. 22.

<sup>142</sup> Acórdão do Tribunal de Contas n.º 3/2013, de 26 de fevereiro.

<sup>143</sup> Acórdão do Tribunal de Contas n.º 20/2010, de 1 de junho.

Efetivamente, da leitura de vários acórdãos desse Tribunal<sup>144</sup>, decorre que este órgão tem, nas suas análises, dado uma forte prevalência à proteção do princípio da concorrência, "[...] parecendo este Tribunal assumir o pressuposto base de que é sempre melhor recorrer de novo ao mercado e iniciar um novo procedimento pré-contratual, do que promover a modificação contratual, mesmo se por acordo, como forma de prosseguir o interesse público".

Independentemente de se concordar, ou não, com esta posição do Tribunal de Contas, a mesma assume, no presente caso, a maior relevância para a ponderação dos riscos associados à introdução das alterações agora em análise, uma vez que a modificação do contrato naqueles termos terá de ser submetida ao procedimento de fiscalização prévia do Tribunal de Contas por força do disposto na alínea  $\epsilon$ ) do n.º 1 do artigo 5.º e no artigo 46.º da Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas, aprovada pela Lei n.º 98/97, de 31 de dezembro.

Neste contexto e sem prejuízo de se entender como defensável que esta alteração não afetaria o resultado do concurso originário, não se pode excluir com segurança o risco de o Tribunal de Contas vir a considerar esta alteração como não admissível, na medida em que a integração da psiquiatria comunitária alteraria o elenco de prestações a realizar pelo parceiro privado, com reflexo (ainda que diminuto) na remuneração deste.

#### d. Alteração da área de influência

249. Como anteriormente referido, constitui intenção da ARSN que venham a ser integrados na área de influência do Hospital de Braga os concelhos de Santo Tirso e Trofa, atualmente pertencentes à área de influência do Centro Hospitalar de S. João, o que corresponderia a um acréscimo populacional na área de influência desta unidade hospitalar, como hospital de segunda linha, de 109.000 habitantes, ou seja, um acréscimo de 10% da população atualmente servida pelo Hospital. Por sua vez, de acordo com a informação disponibilizada, o impacto financeiro de uma tal alteração, considerando o acréscimo populacional referido e a remuneração base anual da EGEST em 2016, seria de cerca de 2,8 milhões de euros (2% da referida remuneração base em 2016) a favor da EGEST.

<sup>144</sup> *Cfr.*, entre outros, acórdãos n.º 3/2013, de 26 de fevereiro, n.º 20/2010, de 1 de junho, n.º 6/2013, de 9 de julho, n.º 29/2013, de 18 de novembro, n.º 23/2014, de 2 de dezembro.

<sup>145</sup> Cfr. Tiago Duarte, "Os Elétricos de Marselha", p. 30. O texto citado refere-se, em concreto, ao Acórdão do Tribunal de Contas n.º 20/10, de 1 de junho.

250. Como ponto de partida da análise da admissibilidade da alteração pretendida, podemos dar por assente que a alteração ideada não altera a natureza global do contrato<sup>146</sup> ou altera o conteúdo das prestações principais abrangidas pelo contrato<sup>147</sup>. Efetivamente, não há qualquer alteração do tipo serviço gerido pela EGEST, estando apenas em causa o aumento do número de prestações de saúde. Todavia, em contrapartida, trata-se de uma modificação que não se encontra prevista ou regulada no Contrato, não havendo, como tal, habilitação contratual para o efeito.

251. Assim sendo, importa apurar se a mesma configura, à luz do artigo 313.° do CCP ou do artigo 43.° da Diretiva 2014/23/UE, uma "alteração substancial". A este propósito, relembre-se que, de acordo com o entendimento consagrado no atual direito da União Europeia, se entende por substancial a modificação que introduz condições "que, se tivessem feito parte do procedimento inicial de adjudicação da concessão, teriam permitido a admissão de outros candidatos que não os inicialmente selecionados, a aceitação de uma proposta que não a inicialmente aceite, ou teriam atraído mais participantes ao procedimento de adjudicação da concessão" 148.

Para a resposta a esta questão, importa sublinhar que o conceito de área de influência assume uma especial relevância, em sede de execução do Contrato de Gestão, na medida em que releva para efeitos de determinação do âmbito das obrigações da EGEST. Com efeito, ao abrigo do Anexo I ao Contrato de Gestão, a "Entidade Gestora do Estabelecimento obriga-se a disponibilizar à População da Área de Influência do Hospital de Braga, de forma ininterrupta, os serviços correspondentes às actividades incluídas no perfil assistencial". Por outro lado, de acordo com a cláusula 37.ª do Contrato de Gestão, aquele conceito é fundamental na fixação anual da produção prevista, tendo, consequentemente, influência nos parâmetros quantitativos dos serviços a prestar, assim como na remuneração da EGEST. A área de influência limita igualmente a obrigação da EGEST de receber utentes referenciados por outras unidades de saúde (cláusula 35.ª, n.º 3, do Contrato de Gestão). Em termos idênticos, a realização de atividades específicas relacionadas com a promoção e prevenção da saúde encontra-se limitada pelas necessidades da população da área de influência do Hospital de Braga.

<sup>146</sup> Cfr. Diretiva 2014/23/EU.

<sup>147</sup> Cfr. artigo 313.°, n.° 1, do CCP.

<sup>148</sup> Cfr. artigo 43.º da Diretiva 2014/23/EU. No mesmo sentido, cfr. o artigo 313.º, n.º 2, do CCP.

Estas limitações decorrentes da área de influência resultavam já do regime plasmado no caderno de encargos do concurso público que esteve na origem do Contrato de Gestão. Note-se ainda que a área de influência fixada no caderno de encargos constituía um elemento relevante para efeito de elaboração das propostas. Tanto assim é, aliás, que, nos termos do Anexo I do Caderno de Encargos, o estabelecimento hospitalar deveria ser dimensionado para dar resposta às necessidades de cuidados de saúde da população da área de influência do estabelecimento nas valências, especialidades e áreas enquadráveis no perfil assistencial. Ademais, nos termos do Anexo I do Programa do Procedimento, as propostas apresentadas deveriam explicitar os mecanismos de avaliação e gestão da procura no contexto de mercado do Hospital de Braga, devendo, entre o mais:

- a) Caracterizar o mercado relevante da área de influência;
- b) Estimar a procura, apontando os níveis de atividade esperados (análise de alto nível);
- c) Estimar as taxas de captação da procura, tendo em consideração o panorama competitivo privado e público, a interação com os centros de saúde e outros fatores suscetíveis de influenciar a procura;
- d) Descrever mecanismos de análise do mercado e do ambiente competitivo a implementar; e
- e) Explicitar em que medida os resultados da análise de mercado são incorporados na estratégia e organização do estabelecimento hospitalar.

Do mesmo modo, o VAL no cenário base a calcular para efeitos de avaliação das propostas assentava na previsão de produção prevista (não vinculativa para efeitos de execução do contrato) constante do Anexo 2 ao Caderno de Encargos, que tinha por pressuposto que a área de influência era aquela que fora fixada nas peças do procedimento. Acresce que os próprios cenários de variação da procura contemplados no modelo de avaliação das propostas tinham em consideração a mesma área de influência.

Do exposto conclui-se que, embora o Contrato de Gestão preveja a possibilidade de se atualizar o nível serviço em função da flutuação da procura, através, nomeadamente, do procedimento de fixação da produção prevista e da produção efetiva, essa possibilidade, com algumas exceções, encontra-se limitada pela área de influência do estabelecimento hospitalar.

Sob este pano de fundo, não se pode deixar de concluir que a área de influência do hospital era relevante para efeitos de elaboração das propostas. A outro tempo, a circunstância de o acréscimo populacional decorrente da inclusão de dois novos concelhos

na área de influência ser na ordem dos 10% significa que estamos perante um aumento não despiciendo, que, caso tivesse sido considerado, poderia, eventualmente, permitir economias de escala e ter, por esse motivo – embora não seja muito provável –, efeito nos preços apresentados pelos concorrentes. Note-se, a este respeito, que os concorrentes poderiam ter um entendimento sobre o impacto financeiro deste alargamento diferente do da ARSN, que o estimou em 2,8 milhões de euros, uma vez que a estimativa dependeria sempre da forma como os concorrentes, por sua conta e risco, considerassem que esse aumento de população seria distribuído por cada linha de produção.

Em suma, em face do exposto, não se pode excluir, com segurança, que tal alteração pudesse afetar o resultado do procedimento inicial de adjudicação, podendo, como tal, a mesma, não ser considerada neutra do ponto de vista da concorrência.

Acresce que tal alteração poderia ainda ter por efeito colocar a EGEST numa situação mais favorável do que aquela que resulta da equação financeira contratualmente estabelecida – critério igualmente elegido pelo legislador da União Europeia para se aferir se estamos perante uma alteração substancial.

É que, se por um lado, os preços apresentados são mantidos, assim como o esquema remuneratório previsto no Contrato de Gestão, por outro, através do aumento da área populacional de influência, é alargado o leque de utentes beneficiários dos serviços a prestar pelo hospital, sendo este, como vimos, um aspeto importante do Contrato. Assim, embora os preços e a forma de cálculo da remuneração não sejam diretamente afetados, não deixa de ser verdade que estamos perante uma alteração que pode ser favorável ao parceiro privado, na medida em que, por força de uma alteração contratual, poderá ser contratado um nível de produção superior com efeitos positivos na sua remuneração e, consequentemente, na sua rentabilidade. Tal será mais evidente no caso de redução do custo marginal de tratamento de doente, através da obtenção de economias de escala que permitissem a redução da estrutura de custos fixos, caso em que para além do aumento da rentabilidade absoluta do parceiro privado, haveria um aumento das suas margens<sup>149</sup>.

Assim, e embora se admita tratar-se de uma questão que é controversa, entendemos que não se afigura evidente e inequívoco, antes pelo contrário, que a alteração proposta

Página 299 de 332

<sup>149</sup> Este cenário configura-se, não obstante, menos provável do que o cenário em que do alargamento da área de influência decorresse apenas do aumento da rentabilidade em termos absolutos.

possa ser considerada neutra, quer para os concorrentes, quer para o contraente privado, que poderia resultar beneficiado com esta alteração.

Este aspeto, conjugado com a interpretação muitíssimo restritiva do Tribunal de Contas, atrás mencionada, sobre o que se deve entender por modificação contratual admissível<sup>150</sup>, comporta em si o risco não despiciendo de se entender estarmos perante uma alteração juridicamente não admissível.

252. Todavia, importa igualmente ter presente a necessidade de compatibilizar a tutela da concorrência com a necessidade de adaptar os contratos à evolução das exigências económicas e sociais e à necessidade de atualizar o modo como o serviço público é prestado, em especial nos contratos de longa duração – como é o caso do Contrato de Gestão –, sob pena dos contratos se tornarem imutáveis. É neste sentido que o CCP, bem como a Diretiva 2014/23/EU, admitem, independentemente de se tratar, ou não, de uma alteração substancial, a contratação de serviços adicionais, nos termos já mencionados na alínea anterior.

Sucede que, tendo presente a relevância atribuída a esta alteração pela ARSN e o afirmado por esta entidade no sentido de, apesar da disfuncionalidade existente na articulação entre os vários hospitais envolvidos, ser possível manter a atual situação, tudo aponta para que não estejamos perante atividades — a prestação de serviços clínicos às populações dos concelhos de Santo Tirso e Trofa — que *não possam ser técnica ou economicamente separáveis do objeto do contrato sem inconvenientes graves para o contraente público*.

Acresce ao acima exposto a inexistência de dados que nos permitam concluir, com precisão, se esses serviços, na aceção do artigo 454.º do CCP<sup>151</sup>, se tornaram necessários na sequência de uma circunstância imprevista.

<sup>150</sup> A título exemplificativo, mencione-se o Acórdão n.º 3/2013, de 26 de fevereiro (Processo n.º 1654/2012), no qual Tribunal de Contas considerou ilegal o alargamento da área física da concessão dos transportes coletivos urbanos de passageiros, através do alargamento da rede.

<sup>151</sup> Como antes referimos, na ótica do legislador da União Europeia, a contratação de serviços adicionais não depende de os mesmos se terem tornado necessários na sequência de uma circunstância imprevista. No entanto, não tendo sido esta opção do legislador nacional, é discutível se se poderá apelar ao efeito direto da norma comunitária que prevê a realização de serviços adicionais. Sem prejuízo, estando o CCP a ser revisto na sequência da aprovação das novas diretivas dos contratos públicos, poderá dessa revisão resultar um regime de serviços adicionais mais favorável.

Assim sendo, salvo se da análise que venha a ser realizada pelo Ministério da Saúde quanto à imprescindibilidade desta alteração, bem como das razões que estão na sua origem, resultarem novos elementos, a alteração pretendida não é, no nosso entendimento, enquadrável no conceito de serviços adicionais, em termos que permitam, por esta via, a sua introdução no atual Contrato de Gestão.

#### e. IVG

253. A EGEST, por força do objeto do Contrato, está obrigada a praticar os atos clínicos relacionados com a IVG. Sucede que, pela circunstância de a lei – que passou a permitir a IVG por opção da mulher nas primeiras 10 semanas –, ser posterior à aprovação das peças do procedimento do concurso que antecedeu a celebração do contrato, o Contrato de Gestão não prevê nas suas linhas de produção a remuneração dessa atividade. Razão pela qual, através da deliberação do conselho diretivo da ARSN, de 3 de setembro, foi determinado que esses atos seriam remunerados em condições idênticas aos restantes hospitais do SNS.

Neste cenário, o que é sugerido pela ARSN é que seja incluído no Contrato de Gestão o modo de remuneração dessa atividade, integrando expressamente no cálculo da remuneração da EGEST o modelo de pagamento daqueles atos que tem vindo a ser aplicado, ou seja, plasmando aquilo que já está a ser executado no âmbito da relação jurídica contratual sub judice.

Note-se que a consagração da alteração sugerida não modifica o perfil assistencial, que já prevê a especialidade ginecologia/obstetrícia, nem o objeto do contrato, na medida em que, de acordo com a ARSN, a EGEST estaria já obrigada a praticar tais atos clínicos. Acresce que esta alteração resulta de uma alteração legislativa ocorrida posteriormente ao lançamento do concurso que deu origem ao Contrato de Gestão, não podendo, como tal, ter sido prevista no mesmo. Mais, como referido, a alteração sugerida não apresenta, na prática, qualquer encargo adicional, porquanto o que se pretende é apenas prever expressamente no Contrato de Gestão a forma de remuneração destes atos em conformidade com o que vem sendo aplicado na sequência da referida deliberação da ARSN.

Página 301 de 332

Tendo por base estes pressupostos, conclui a Equipa do Projeto estarmos perante uma *alteração não substancial*, respeitadora dos aspetos essenciais do contrato e não suscetível de afetar a concorrência.

Alteração do procedimento de contratualização das atividades específicas de promoção e prevenção da saúde e de atos clínicos adicionais

254. Neste ponto, recorde-se que o que é pretendido pela ARSN é a flexibilização do procedimento de contratualização dos programas de promoção e prevenção na saúde e de atos clínicos adicionais, evitando-se, nomeadamente, a constante necessidade de submeter essa contratualização a visto prévio do Tribunal de Contas, por forma a agilizar e a acelerar o processo de regulação dessas prestações clínicas. Para o efeito, sugerem que sejam criadas linhas contratuais específicas a acrescer às atualmente previstas, nos quais seriam posteriormente incluídos os programas e atos adicionais, desde que detenham expressão regional e sejam pagos nos mesmos termos dos Hospitais EPE.

No entanto, entendemos que a solução sugerida, independentemente de ser, ou não, juridicamente admissível à luz dos limites à modificabilidade do contrato, não terá o efeito pretendido. Com efeito, não se conhecendo quais os programas que em concreto se gostaria de incluir nessa linha de produção e, consequentemente, a sua forma de remuneração e preço, seria sempre necessário, acordar, caso a caso, as prestações concretas a realizar e o seu pagamento, como sucede hoje. Ou seja, a nova linha produção seria sempre uma nova linha cujo respetivo conteúdo estaria em aberto e dependente de futuros atos, unilaterais ou consensuais, que procedessem, caso a caso, à determinação dos atos a praticar pela EGEST e ao seu preço.

Neste cenário, esses atos ou acordos poderiam ser entendidos como atos ou acordos geradores de despesas, permanecendo, por esse motivo, sujeitos a visto prévio do Tribunal de Contas, ao abrigo das alíneas *a*) ou *d*) do n.º 1 do artigo 46.º da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto.

Em face do exposto, considera-se que a alteração proposta poderá não apresentar uma verdadeira vantagem. Em alternativa e sem prejuízo de, num outro contexto, se poder desenvolver o estudo desta matéria e procurar encontrar outras formas de agilizar a contratação destes programas, poder-se-ia equacionar a possibilidade de alterar a

periodicidade em que as atividades a desenvolver no âmbito da promoção e prevenção da saúde devem ser fixadas, por forma a permitir a celebração de acordos com um prazo de vigência superior a um ano. Com efeito, nos termos do n.º 2 da cláusula 27.ª, estas devem ser fixadas anualmente, estabelecendo-se o montante do pagamento devido à EGEST.

g. Revisão dos PDR, avaliação do desempenho anual da EGEST na parte referente à satisfação dos utentes e metodologia de aferição da adequação dos tempos de espera no serviço de urgência

255. No que respeita em concreto à revisão e substituição dos PDR, cumpre ter presente que a cláusula 23.ª do Contrato de Gestão prevê expressamente a possibilidade de se proceder à sua revisão periódica, nomeadamente, mediante a introdução de novos parâmetros que se mostrem em falta, a alteração dos respetivos termos e a eliminação daqueles que se revelem inadequados ou desajustados, bem como o ajustamento da classificação e a graduação das falhas de desempenho. Essa revisão deve ocorrer mediante acordo entre as partes. No entanto, estabelece o n.º 4 dessa cláusula que, "[s]empre que se proceda a uma revisão dos indicadores aplicáveis à generalidade dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, pode a Entidade Pública Contratante determinar unilateralmente a substituição de Parâmetros de Desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento, nos mesmos termos que vierem a ser estabelecidos para esses estabelecimentos, desde que o número total de Parâmetros de Desempenho e de pontos de penalização para a Entidade Gestora do Estabelecimento não resulte aumentado, salvo o aumento do número total de Parâmetros de Desempenho que resulte de mero desdobramento de Parâmetros já aplicáveis".

Estes ajustamentos, introduzidos, quer por acordo, quer por imposição da Entidade Pública Contratante, não são considerados, nos termos da cláusula 114.ª do Contrato de Gestão, modificações ao contrato. Sem prejuízo, na nossa ótica, para que essas alterações dos PDR possam ocorrer nos termos da cláusula 23.ª dever-se-á procurar manter o número de pontos de penalização, assim como o nível global de desempenho exigido ao parceiro privado. Caso contrário, poder-se-ia, por essa via, diminuir o nível de risco da EGEST, mudando o *equilíbrio económico da concessão a favor do concessionário*, o que tornaria a alteração ideada numa *alteração substancial* na aceção *supra* exposta.

Página 303 de 332

256. Por seu turno, no que tange à revisão da metodologia de avaliação do desempenho da EGEST na parte referente à satisfação dos utentes, importa recordar que a necessidade da mesma prende-se com a circunstância de, por razões externas e supervenientes ao Contrato, não ser possível aplicar a metodologia de avaliação do nível de satisfação dos utentes prevista contratualmente, o que, por si só, justifica objetivamente a alteração. No entanto, cumpre sublinhar que a nova metodologia a adotar deverá permitir garantir a manutenção do perfil de risco resultante do atual contrato e, desse modo, a neutralidade da alteração — condição, como se referiu anteriormente, necessária à admissibilidade jurídica da alteração —, devendo a nova metodologia, além do mais, manter o peso e relevância da satisfação dos utentes na avaliação do desempenho da EGEST.

257. Por último, cabe ainda recordar a necessidade identificada pela ARSN de clarificar um dos critérios de definição da disponibilidade do serviço de urgência, que se prende com o tempo de espera dos utentes, especificando, nomeadamente, como devem ser definidos os tempos de espera máximos. Tratando-se de uma mera clarificação de um aspeto que não é diretamente regulado, ou que pelo menos não é regulado de forma clara no Contrato, conclui-se que não estamos perante uma verdadeira alteração, cuja admissibilidade possa ser posta em causa. Sem prejuízo, em qualquer caso, dever-se-á garantir que a metodologia que se passe aplicar é, pelo menos, tão exigente para o parceiro privado quanto aquela que tem vindo a ser efetivamente aplicada.

258. Em suma, as alterações identificadas neste ponto, ou por não constituírem verdadeiras alterações ao contrato, mas antes meras clarificações do seu texto, ou por se revelarem «neutras» para os interesses económicos, quer dos proponentes, incluindo a concessionária, quer de quem poderia ter apresentado proposta no processo de adjudicação inicial, não se nos afiguram como passíveis de violar o objeto essencial do contrato e/ou o princípio da concorrência, admitindo-se que pudessem, por esse motivo e dentro dos limites supra identificados, ser introduzidas no atual Contrato de Gestão, sem necessidade da abertura de um novo procedimento concursal para esse efeito. No entanto, estando apenas identificada a necessidade de se melhorar o atual clausulado contratual nestes aspetos, mas não estando ainda definidas as alterações que se pretende em concreto introduzir a propósito destas matérias, uma posição final quanto à admissibilidade destas alterações dependerá sempre da análise da proposta que em concreto se venha a fazer a este respeito.

- h. Alteração da forma de cálculo da produção prevista em caso de determinação unilateral
- 259. A alteração descrita nesta alínea *h*), ao passar a fazer depender o valor da produção prevista, em caso de determinação unilateral, da produção efetiva do hospital e não da utilização hospitalar da população da sua área de influência (que daria origem a uma produção contratada superior), prefigura-se como uma alteração legalmente admissível.

Por um lado, para além de não atingir o objeto do contrato, não altera o seu equilíbrio económico a favor do cocontratante; por outro, conforme entendimento doutrinal que se subscreve, "o facto de o contraente público obter uma diminuição do preço a pagar não é susceptível de provocar uma distorção da concorrência em detrimento de potenciais interessados". 152.

Sem embargo, como facilmente se compreende, sendo a introdução de tal alteração, em face da atual matriz de risco, desfavorável aos interesses do cocontratante, poderá ser mais difícil obter a concordância daquele para a sua introdução no Contrato de Gestão. Neste contexto, lembre-se que a modificação unilateral dos contratos administrativos tem como limite o respeito pelo equilíbrio financeiro do mesmo, pelo que, recorrendo-se a essa figura como via para a introdução destas alterações, no caso de daquelas resultar um desequilíbrio económico-financeiro — e apenas nesse caso -, aqui entendido nos termos da cláusula 127.ª do Contrato de Gestão, a equação financeira em que assentou o contrato teria que ser reposta.

Assim sendo, caso a EGEST não aceitasse sem mais a introdução desta alteração e se concluísse que da imposição unilateral da mencionada alteração resultaria um desequilíbrio suscetível de conferir o direito da EGEST à reposição do equilíbrio financeiro, nos termos da cláusula 127.ª do Contrato de Gestão — análise que não foi feita para efeitos do presente Relatório —, as vantagens financeiras decorrentes dessas alterações perder-se-iam, deixando de fazer sentido a sua introdução num cenário de renegociação do Contrato de Gestão.

 Relevância da proximidade do termo do Contrato na análise global do risco de introdução de alterações

152 Cfr. Pedro Gonçalves, "Acórdão Pressetext", p. 18.

Página 305 de 332

260. Ainda para efeitos de apreciação, num cenário de renovação, do risco jurídico associado à introdução das alterações identificadas, importa recordar que, de acordo com a cláusula 8.ª do Contrato de Gestão, o mesmo tem, na parte referente à EGEST, uma duração de dez anos a contar da data da transmissão do estabelecimento hospitalar, terminando a sua vigência no dia 31 de agosto de 2019. Prevê-se, não obstante, como já se referiu, a possibilidade de extensão deste período inicial, por recurso à faculdade de renovação do contrato<sup>153</sup>, devendo, para o efeito, a EPC manifestar essa sua vontade até dois anos antes do final do prazo inicial de vigência do contrato, ou seja, até 31 de agosto de 2017.

Como resulta dos capítulos iniciais do presente Relatório, é precisamente a iminência de caducidade do Contrato de Gestão, que justifica a necessidade de o Estado Português ponderar agora as várias opções que se lhe colocam com vista a assegurar, sem interrupções e da melhor forma possível, a continuidade da prestação de cuidados de saúde aos utentes servidos pelo Hospital de Braga.

O que equivale a dizer que, ao contrário do que sucede em muitas outras situações em que se discutem ou se ponderam os riscos associados à modificabilidade dos contratos por razões de interesse público, não estamos perante uma situação em que as opções que o parceiro público dispõe são unicamente (i) manter um contrato, embora desadequado em face da evolução das circunstâncias externas, (ii) promover o termo antecipado do mesmo com o inerente pagamento de uma compensação ao parceiro privado, ou (iii) introduzir alterações que podem conflituar com os limites jurídicos à modificabilidade dos contratos. Pelo contrário, encontramo-nos num cenário em que é possível, num curto espaço de tempo, submeter as condições de execução da prestação dos serviços clínicos no Hospital de Braga ao mercado.

Com efeito, sublinhe-se que, não obstante o Contrato de Gestão prever a possibilidade de renovação e, como tal, permitir a relação contratual se possa prolongar no tempo, tal não constitui uma garantia do cocontratante. Como ensina LINO TORGAL, "a Administração não se encontrará constituída em qualquer dever contratual de emitir uma declaração de prorrogação da relação contratual além do prazo originário, mas, tão-só de ponderar autonomamente se, em face das circunstâncias do caso concreto, se justifica (e em que termos) a produção daquele efeito ampliativo

<sup>153</sup> Cfr. n.ºs 2 e 3 da cláusula 8.ª do Contrato de Gestão.

da esfera jurídica do co-contratante. Ao particular, em contrapartida, assistirá, não um direito à prorrogação, mas a mera possibilidade de a requerer, à luz dos pressupostos contratualmente fixados<sup>2,154</sup>.

Esta possibilidade de se proceder à renovação do Contrato permite precisamente que as condições contratuais sejam repensadas no final de cada período de vigência do contrato – o que veio efetivamente a suceder – e que a renovação possa não ocorrer, nomeadamente quando se verifiquem novas circunstâncias que aconselhem uma diferente regulação contratual.

Neste sentido, o Tribunal de Contas, no Acórdão n.º 20/2010, de 1 de junho, dispõe que "[a] única prorrogação do prazo expressamente autorizada no contrato é a possibilidade da sua renovação por iguais períodos. É certo que esta possibilidade propícia que a relação contratual se possa prolongar no tempo [...], mas na verdade é que não o garante. Mas também permite que as condições contratuais sejam repensadas no final de cada período contratual e que a renovação possa não ocorrer designadamente quando se verifiquem circunstâncias que aconselhem uma diferente regulação do fornecimento". Mais à frente, nesse mesmo aresto, aquele Tribunal conclui ainda que "[...] a duração do vínculo contratual permitia a realização dessa nova concorrência de forma oportuna à satisfação das novas necessidades. [...] Porque as alterações das circunstâncias e as renegociações dos contratos devem ser, sempre que possível, resolvidas através da concorrência e esta deve ser promovida o mais amiúde possível.

Neste enquadramento, a circunstância de estarmos perto do termo do Contrato de Gestão pode constituir um ponto importante que poderá influenciar a forma como as alterações ideadas serão interpretadas. Efetivamente, em nossa opinião, o Tribunal de Contas, na apreciação da legalidade de um eventual aditamento ao contrato, para introdução das referidas alterações contratuais a introduzir, não deixará de tomar em linha de conta a possibilidade que existe de, a curto prazo, se recorrer ao mercado. Note-se, todavia, que ao contrário do que sucedia no âmbito do processo de análise da renovação do contrato de gestão do Hospital de Cascais, o número de alterações a introduzir – tendo por base as alterações sugeridas pela ARSN – é bastante reduzido, pelo que, sem prejuízo do exposto, entendemos que o risco daquele Tribunal entender que as alterações a introduzir, entendidas no seu conjunto e pela sua amplitude, justificariam a necessidade de uma nova consulta do mercado, é menor.

Página 307 de 332

<sup>154 &</sup>quot;Prorrogação do prazo de concessão de obras e serviços públicos", Revista de Contratos Públicos, n.º 1 (janeiro-abril 2011), Lisboa, p. 230.

## j. Conclusões

261. Em face de tudo quanto acima foi exposto, importa considerar, num plano realista, que, ainda que em diferentes graus, existe o risco de duas das alterações sugeridas pela ARSN serem consideradas incompatíveis com a continuidade do Contrato. Por estes motivos, caso se venha a considerar a introdução daquelas alterações imprescindível, a solução de negociação do contrato atual seguida de renovação do mesmo não é totalmente ausente de risco de não obtenção do visto do Tribunal de Contas e de impugnação judicial por parte de outros stakeholders. Muito embora, por comparação com as alterações propostas no âmbito da análise da possibilidade de renovação do contrato de gestão do Hospital de Cascais, o risco ser, neste caso, menos significativo 1555.

262. Noutro prisma, importa igualmente ter presente o risco estratégico e operacional associado à abertura de um procedimento negocial prévio à renovação. Na verdade, sublinhe-se que a renegociação de contratos de parcerias público-privadas assume, em regra, especial complexidade, revelando-se esta mais acentuada quando é o concedente a tomar a iniciativa de chamar para a mesa das negociações os parceiros privados 156. Tal complexidade reflete-se, em regra, quer ao nível da duração do procedimento negocial, implicando procedimentos de negociação relativamente longos, quer ainda no grau de dificuldade de obtenção de sucesso nas negociações, em face daqueles que eram os objetivos iniciais. Quanto a este último ponto, esse risco é tanto maior quando algumas das alterações ideadas podem implicar uma modificação do equilíbrio económico-financeiro do contrato em sentido desfavorável à EGEST.

Sob este pano de fundo, não é igualmente de excluir que, mesmo que se optasse por iniciar um procedimento tendente à introdução das alterações identificadas como necessárias, não se conseguisse, por esta via, a obtenção do acordo da EGEST<sup>157</sup>, o que

<sup>155</sup> Cfr. Relatório Intercalar da Equipa de Projeto aprovado pelo Despacho n.º 1041-A/2017, de 25 de janeiro, do Senhor Secretário de Estado Adjunto, do Tesouro e das Finanças e do Senhor Secretário de Estado da Saúde.

<sup>156</sup> A renegociação do Contrato teria de respeitar o disposto no artigo 21.º do Decreto-Lei n.º 111/2012.

<sup>157</sup> Note-se que a alteração dos contratos de PPP encontra-se, em regra, igualmente sujeita à aprovação das entidades financiadoras das concessionárias. Esta circunstância, ao trazer para o processo os interesses e preocupações de entidades terceiras, nem sempre coincidentes com os das partes no contrato, aumenta ainda a complexidade dos processos de renegociação de PPP, bem com a incerteza quanto ao resultado dessa negociação.

frustraria, por si só, esta opção. Ao que acresce o risco de, uma vez aberto o processo negocial, serem introduzidas outras alterações como contrapartida das alterações ora consideradas, o que reduziria o impacto global das alterações e prejudicaria a obtenção dos resultados inicialmente ideados.

Por forma a mitigar o risco estratégico e operacional identificado, caso o Estado opte por renovar o Contrato de Gestão, poderá ser equacionada a introdução na notificação que realize, para o efeito, de uma lista clara das alterações contratuais que devem ser introduzidas no Contrato antes da sua renovação, bem como a exclusão, como condição da renovação, da introdução de quaisquer outras. Em contrapartida, esta solução, de tendencial "adesão" à proposta de alteração do Contrato, poderá ter o efeito prejudicial de impedir a introdução de outras alterações que, entretanto, se venham a demonstrar convenientes ou mesmo essenciais para que, mantendo-se o equilíbrio estabelecido no Contrato e o interesse na renovação e dentro dos limites legais à modificabilidade dos contratos, se obtenha a concordância do privado quanto a uma eventual renovação. Com efeito, não se pode afastar por completo a possibilidade de o parceiro privado ter sugestões de alteração do contrato que sejam compatíveis com o quadro legal aplicável e com os interesses da própria EPC, o que poderia justificar que o leque de alterações a introduzir não ficasse totalmente fechado.

A esta luz, a estratégia subjacente à comunicação de uma eventual intenção de renovação deverá ser objeto de uma cuidada reflexão, na qual sejam ponderadas as vantagens e desvantagens e inerentes riscos de se permitir a abertura a uma verdadeira fase de negociação do Contrato.

# 3.3.3. Análise do cumprimento dos requisitos previstos para a renovação do Contrato de Gestão

**263.** Como referido e explicado no ponto 2.3.2 *supra*, constitui ponto de partida para uma eventual decisão de renovação do Contrato de Gestão, a verificação de, pelo menos<sup>158</sup>, os seguintes requisitos:

Página 309 de 332

<sup>158</sup> Recorde-se que, como antes mais desenvolvidamente se explicou, a possibilidade de renovação prevista no Contrato de Gestão constitui uma mera faculdade da Administração. Assim sendo, mesmo no caso de verificação destes requisitos, a EPC poderá optar por não renovar o contrato se, em face das circunstâncias do caso concreto, tal se revelar, justificadamente, a melhor solução.

- a) O resultado das avaliações de desempenho realizadas ser qualificado, em todos os anos, no mínimo, como "bom";
- O parceiro público não pretender, "por razões de interesse público, introduzir modificações na actividade objecto da parceria que se mostrem incompatíveis com a continuidade do Contrato";
- c) A renovação não colidir "com qualquer dos princípios do regime de parcerias definido no Decreto-Lei n." 185/2002, de 20 de Agosto, especialmente o disposto na alínea e) do artigo 3.° desse diploma" <sup>159</sup>.

A estes requisitos acresce um outro de caráter mais genérico que se prende com a necessidade de se justificar a decisão de renovação, que, por sua vez, encerra em si uma decisão de não ida ao mercado, à luz do interesse público.

## Requisito previsto na alínea a)

264. O primeiro desses requisitos prende-se diretamente com a avaliação do desempenho do cocontratante. Como bem se compreende, estando perante uma renovação dita "premial", uma decisão de renovação só se justificará se a atuação pretérita do cocontratante for francamente satisfatória, de modo a justificar um renovado voto de confiança.

No presente caso e tendo por base a análise e dados acima referidos, verifica-se que a EGEST obteve em todos os anos de vigência do contrato, com exceção do ano de 2011, uma classificação global de "bom" ou de "muito bom". No entanto, no ano de 2011, o desempenho da EGEST foi globalmente classificado de "insatisfatório" ("insatisfatório" na avaliação dos resultados, "satisfatório" na avaliação do serviço e "bom" na avaliação relativa à satisfação dos utentes).

Pese embora, com base numa leitura rígida e meramente formalista dos critérios de decisão, tal circunstância pudesse, por si só, ser considerada suficiente para se concluir pela não verificação do primeiro dos mencionados requisitos, consideramos aconselhável a ponderação prévia de outros elementos, nomeadamente, relacionados com a avaliação do desempenho da EGEST e com a avaliação que é feita do próprio Contrato, para que se

<sup>159</sup> Recorde-se que estes requisitos resultam do n.º 2 da cláusula 38.ª do contrato de gestão do Hospital de Loures.

possa, fundamentadamente, decidir, à luz do interesse público, se o Contrato de Gestão deve ser, ou não, renovado.

265. A este respeito, importa, desde logo, reconhecer que os requisitos elegidos inicialmente pela Equipa de Projeto para apreciação da questão de se saber se o Contrato deve ser renovado resultam, não do Contrato de Gestão do Hospital de Braga, mas antes, como se referiu, do contrato de gestão do Hospital de Loures. Com efeito, a cláusula 8.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Braga apenas prevê que o contrato pode ser renovado por sucessivos períodos não superiores a dez anos cada um, nos termos da legislação em vigor, não estabelecendo, por conseguinte, diretamente quaisquer requisitos para essa renovação. Significa isto que, em termos contratuais, o Estado não se encontra, em rigor, vinculado na sua decisão de renovação àqueles requisitos mínimos, podendo, dentro da sua margem de discricionariedade e desde que se mantenha o respeito pela natureza premial da prorrogação, definir outros parâmetros.

É certo que o artigo 45.º do caderno de encargos do procedimento que esteve na origem do Contrato de Gestão estabelecia requisitos mínimos para a renovação, semelhantes, aliás, àqueles que se encontram previstos no contrato de gestão do Hospital de Loures. Poder-se-ia, assim, questionar se a cláusula 8.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Braga, sendo omissa quanto às condições em que se pode renovar o contrato, não deveria ser interpretada à luz do disposto no caderno de encargos. Sucede que da lista de modificações introduzidas na minuta de contrato, que foi enviada ao Tribunal de Contas a título de esclarecimentos, aquando do processo de fiscalização prévia, resulta ter sido intenção da comissão de avaliação das propostas eliminar a referência a esses requisitos mínimos, por forma a manter-se apenas a possibilidade de renovação nos termos da lei – opção que, aliás, não mereceu contestação por parte daquele Tribunal, que concedeu visto prévio ao Contrato<sup>160</sup>.

Com este enquadramento e tendo em consideração que, de acordo com a cláusula 2.ª do Contrato, em caso de divergência entre os vários elementos que integram o Contrato, o caderno de encargos deve ser atendido em último lugar, afigura-se-nos defensável que a cláusula 8.ª do Contrato deve ser lida como não exigindo qualquer requisito mínimo

AL AL Pá

Página 311 de 332

<sup>160</sup> Entende a Equipa de Projeto não ser esta a sede nem o momento oportuno para avaliar a legalidade da alteração realizada ao disposto na cláusula 8.ª do caderno de encargos, para mais tratando-se de uma variação que operou ainda durante o procedimento concursal e que o Tribunal de Contas entendeu visar sem reservas.

específico para a renovação, para além daqueles, claro está, que sempre resultariam da aplicação da legislação em vigor.

266. Outro aspeto que importa esclarecer, agora do ponto de vista procedimental e metodológico, é o de que a circunstância de se poder propor a adoção de uma decisão de renovar com base numa aplicação dos critérios de decisão de forma não totalmente coincidente com a avançada na análise desenvolvida no âmbito de outra parceria não coloca em causa, necessariamente, a homogeneidade de tratamento dos vários parceiros privados no sector da saúde, nem implica a invalidade da decisão.

Com efeito, contendo todos os contratos as suas especificidades, quer do ponto de vista do seu clausulado, quer do ponto de vista da sua execução, estas deverão ser tidas em consideração na análise a efetuar pelo parceiro público, por forma a se poder adotar a decisão que, em face de cada caso concreto, se revele a mais adequada à prossecução do interesse público. Aliás, só uma adequada ponderação das especificidades de cada caso concreto, dentro da margem de liberdade de apreciação permitida pelo legislador, permitirá justificar e fundamentar devidamente, à luz do *interesse público*, a decisão que venha a ser tomada.

A este propósito, recorde-se que, conforme é referido no n.º 37 do presente Relatório, não obstante existir a preocupação de construção de uma metodologia única, entende-se, contudo, que, tal como defendido pela UTAP na sua Informação n.º 006/2015, cada "decisão deve ser tomada caso a caso, atendendo às circunstâncias e peculiaridades de cada contrato, nomeadamente considerando os pressupostos e caraterísticas de cada projeto, o histórico da respetiva execução e performance do parceiro privado, nas suas diversas vertentes, nomeadamente, através de uma ponderação geral e abrangente de todas as componentes de gestão do estabelecimento em causa, bem como a um nível técnico, financeiro e jurídico", devendo ainda entender-se aos circunstancialismos do momento da efetiva tomada de decisão, uma vez que as datas de termo do primeiro e do último prazo contratual aplicável são separadas por mais de três anos.

Caso contrário, a desconsideração das circunstâncias e peculiaridades de cada projeto poderá originar a adoção de soluções desadequadas ao caso concreto e, como tal, contrárias à principal incumbência da Equipa de Projeto de "[...] propor aquele que, do ponto de vista técnico, jurídico e económico-financeiro, se entende dever ser o modelo a adotar com vista à melhor prossecução do interesse público" (cfr. Despacho n.º 8300/2016).

267. Em qualquer caso, sublinhe-se que não está aqui em causa a questão de se saber se é possível, à luz do regime aplicável, uma renovação numa situação em que o desempenho do parceiro privado não se tenha revelado satisfatório, mas antes e tão-só a questão de se saber se é possível a renovação numa situação em que o desempenho da EGEST foi globalmente positivo<sup>161</sup>, mas em que esta, no entanto, não obteve todos os anos uma avaliação de, pelo menos, "bom".

O que vale por dizer que, mesmo nesta situação, os critérios fundamentais da decisão de renovação da PPP manter-se-iam idênticos em todos os contratos, ou seja: (i) a aferição da capacidade de gestão das atividades concedidas pelo parceiro privado, (ii) a aferição da necessidade de se alterar o contrato (iii) análise do sector de atividade em causa, por forma a verificar se é mais vantajoso – económico-financeira e/ou socialmente – que a Administração estenda, por renovação, o prazo do contrato, em vez de reassumir diretamente a atividade em causa ou de promover a organização de um novo procedimento concorrencial, dirigido à celebração de um novo contrato.

268. Dito isto, no âmbito da análise global das vantagens ou desvantagens para o parceiro público de uma eventual renovação, releva ter presente que o ano de 2011 – o único ano em foi obtida uma avaliação de "insatisfatório" –, distingue-se dos demais por ser o ano de transferência do estabelecimento hospitalar para o novo edifício. Razão pela qual o pior resultado obtido nesse ano poderá, porventura, ser explicado pelos constrangimentos e maiores dificuldades decorrentes da transferência do estabelecimento para o novo edifício.

Sempre se dirá, porém, que se tratou de um ano irrepetível, tendo sido obtido, como se referiu, em todos os outros anos de execução do Contrato classificações globais de desempenho de "bom" ou de "muito bom". De onde decorre, conjugado com a avaliação do desempenho da EGEST descrita no ponto 3.2.1.1.9. do Relatório, a existência de um histórico globalmente positivo de cumprimento de obrigações legais e contratuais pelo parceiro privado e, mais do que isso, o alcançar dos principais objetivos definidos pela Administração.

Página 313 de 332

<sup>161</sup>Recorde-se, a este respeito, que, em todos os outros anos, a avaliação global da EGEST foi de "bom" ou de "muito bom", tendo a avaliação das componentes de serviço e de resultado sido sempre, com exceção do ano de 2011, de "muito bom".

<sup>162</sup> Cfr. Lino Torgal, "Prorrogação", p. 238.

Por estes motivos, entendemos que, uma vez ponderados os vários fatores envolvidos, uma eventual decisão de renovar o Contrato, não obstante a avaliação obtida em 2011, não coloca em causa o caráter premial da renovação.

269. Reunidos todos estes pressupostos, parece-nos, pois, possível sustentar que, no caso em apreço, estariam acautelados os interesses subjacentes ao regime jurídico da renovação, em termos suscetíveis de afastar um eventual juízo negativo assente na não aplicação rígida dos pressupostos previstos no contrato de gestão do Hospital de Loures, na medida em que, uma vez analisados os demais requisitos, se conclua que o cenário de "renovação" é o que se revela mais consentâneo com a necessária e intransigente defesa dos interesses públicos em presença.

## Requisitos previstos nas alíneas b) e d)

270. A conclusão quanto à verificação do segundo requisito identificado depende da posição que venha a ser adotada pelo Senhor Secretário de Estado da Saúde e pelo Senhor Secretário de Estado Adjunto e das Finanças sobre as alterações que devem ser introduzidas no quadro contratual que venha a regular a prestação de serviços clínicos no Hospital de Braga nos próximos anos.

271. Não obstante, tendo por base as alterações sugeridas pela ARSN e a análise realizada no ponto anterior, podemos concluir que, pelo menos, uma daquelas alterações nos oferece especiais reservas quanto à sua admissibilidade legal e, consequentemente, quanto à possibilidade de a mesma ser introduzida no Contrato num cenário de renovação. Referimo-nos ao alargamento da área de influência do Hospital de Braga com base nos fundamentos apresentados. De todo o modo, recorde-se que o grau de relevância atribuído a esta modificação foi de 2, admitindo expressamente a ARSN que, "[...] apesar da presente disfuncionalidade existente na articulação dos hospitais envolvidos, se sentiria confortável, caso se venha a verificar uma decisão no sentido da renovação do contrato com a Entidade Gestora ou do lançamento de um novo procedimento concursal para lançamento de uma nova parceria, com a manutenção da atual situação." 163.

<sup>163</sup> Cfr. e-mail do Dr. Pedro Brito Esteves, de 3 de fevereiro de 2017.

Neste pressuposto, ou seja, em face da menor relevância desta alteração, entendemos que aquela alteração não se afigura, por si só, impeditiva de uma decisão de renovação, se, numa análise conjunta dos demais critérios, se considerar a renovação como a solução mais vantajosa para o interesse público, não devendo, no entanto, nesse caso, aquela alteração ser introduzida.

272. Por sua vez, pelos motivos *supra* apontados, também não se pode excluir o risco de o Tribunal de Contas vir a considerar a integração da psiquiatria comunitária no Contrato como não admissível, na medida em que essa alteração alteraria o elenco de prestações a realizar pelo parceiro privado, com reflexo (ainda que diminuto) na remuneração deste. Todavia, considera-se que o risco de esta alteração ser considerada inadmissível é, nesse caso, menor, por se entender como defensável que esta alteração não afetaria o resultado do concurso originário.

Acresce a este ponto o facto de esta alteração não ter sido considerada como imprescindível pela ARSN, pelo que, neste contexto, caso o Estado pretenda, não obstante, introduzir esta alteração no futuro quadro contratual relativo à prestação de serviços clínicos pela EGEST, poder-se-á equacionar a previsão de mecanismos que evitem que, caso a alteração seja considerada ilegal, a declaração de ilegalidade da mesma ponha em causa a validade das demais cláusulas contratuais e a própria decisão das partes de renovar o Contrato. Assim sendo, aconselha-se que caso venha a ser tomada uma decisão de renovar o Contrato e de simultaneamente introduzir aquela alteração, nessa mesma decisão, bem como no posterior acordo quanto à renovação do Contrato, se esclareça que, se alguma das disposições do contrato renovado, incluindo aquelas que constituam modificações objetivas do contrato inicial<sup>164</sup>, vier a ser considerada inválida, tal não afeta a decisão de renovar o contrato e a validade do restante clausulado.

Posto isto e sempre dependente das modificações que, em concreto, venham a ser identificadas pelo Senhor Secretário de Estado da Saúde e pelo Senhor Secretário de Estado Adjunto e das Finanças como sendo necessárias introduzir no hipotético quadro contratual que venha a regular a prestação de serviços clínicos pela EGEST, temos por verificado, nas condições anteriormente mencionadas, os requisitos elencados na alínea b) supra.

Página 315 de 332

<sup>164</sup> Salvo no caso de haver alterações que sejam consideradas imprescindíveis pelo Estado.

## Requisito previsto na alínea c)

273. Por seu turno, no que concerne ao cumprimento dos princípios que regem as PPP, os designados princípios da economia, da eficiência e da eficácia, considera-se que os mesmos se podem considerar cumpridos, tendo em consideração os resultados das análises apresentadas nos pontos 3.2.1.1. e 3.2.1.2. do presente Relatório.

Com efeito, no período analisado, a parceria de Braga, quando analisada em termos de benchmarking com os hospitais EPE do Grupo de Referência EP, revelou-se vantajosa do ponto de vista da racionalidade económica, permitindo gerar uma poupança em face dos valores de encargos que se obteriam caso fossem considerados os custos unitários médios desses hospitais. Comparando o cenário de continuidade da atual PPP com um cenário alternativo de internalização, parece-nos claro que, tendo em consideração que os custos do Hospital de Braga estão abaixo dos custos dos hospitais EPE, seria sempre expectável que, num cenário de internalização, os encargos totais do Estado aumentassem. A este respeito refira-se, aliás, que, caso o hospital fosse internalizado, para além de um expectável aumento dos encargos do Estado (atentos os preços em vigor para os hospitais EPE), quaisquer eventuais desvios que viessem a verificar-se em termos de estrutura de custos e de eficiência — cenário que aliás não é de todo despiciente atendendo a que o nível de eficiência do Hospital está acima dos comparáveis — materializar-se-iam na esfera do parceiro público, originando, portanto, necessariamente um aumento dos encargos do Estado.

#### Análise das (des)vantagens da ida ao mercado

274. Por forma a concluir o teste aos requisitos de uma eventual renovação, recordaremos ainda a necessidade de se demonstrar a vantagem da opção pela renovação/prorrogação contratuais, por comparação com a abertura de um procedimento concorrencial.

A este propósito, recorde-se as palavras do Tribunal de Contas, proferidas no Acórdão n.º 5/2012, de 17 de dezembro: "Embora admissíveis, a prorrogação e renovação contratuais exigem adequada fundamentação, que contemplará, necessariamente, a ponderação do reequilíbrio económico-financeiro do contrato, a demonstração da vantagem da opção pela renovação/prorrogação contratuais [secundarizando, assim, a abertura de um novo procedimento], e, em qualquer caso, a explicitação da salvaguarda do interesse público". Mais à frente, nesse mesmo acórdão, conclui o Tribunal de Contas que, "para além de dever constar

nas peças do procedimento e subsequente clausulado contratual. Só poderá ocorrer em ambiência fáctica excecional e indutora de indiscutíveis vantagens económicas, financeiras e sociais para a Administração Pública. Em suma, a «renúncia ao mercado» no prazo inicialmente previsto, porque balizado por lei e princípios que exigem aplicação não vacilante, reclama, também, justificação exaustiva e inequívoca".

Efetivamente, como bem refere Lino Torgal, a renovação, ao implicar uma não ida imediata ao mercado, "deverá justificar-se na circunstância de, do ponto de vista da prossecução [do interesse público], se afigurar ser concretamente mais vantajosa a transitória continuidade de actividade do concessionário, comparativamente com a solução de realização de um novo procedimento concorrencial, apresentação de novas propostas e escolha do concessionário para o termo do prazo. É o que poderá suceder se a Administração apresentar dados fiáveis e reveladores de que, no curto prazo, não são expectáveis ofertas com condições mais interessantes, do ponto de vista económico-financeiro, do que as que já constam do contrato de concessão" 165.

275. Em face dos dados apresentados e tendo em consideração que, como se viu, a PPP de Braga parece ser claramente vantajosa do ponto de vista do seu custo, seja quando comparada com os demais hospitais EPE do seu grupo de referência, seja quando se estimam os custos que o Estado teria caso aplicasse à realidade do Hospital de Braga os preços em vigor no SNS, parece-nos ser de admitir como difícil conseguir, através do lançamento de um novo procedimento, obter condições tão vantajosas como as atuais. Com efeito, dados os resultados do exercício de benchmarking, que comprovam a inegável poupança que a PPP de Braga tem representado para o Estado e que alegadamente continua a representar quando comparada com outras instituições hospitalares semelhantes, se pode concluir sobre uma vantagem económica e financeira associada à renovação do contrato atualmente em vigor em face do lançamento de um novo procedimento.

A este respeito, importará ter também presente, embora ainda que a título indicativo, o facto de os preços do Contrato de Gestão do Hospital de Braga se apresentarem, em termos gerais, abaixo dos preços dos demais contratos de PPP hospitalares atualmente em vigor, tal como se apresenta no quadro seguinte. O que igualmente contribui para a convicção que, em caso de lançamento de um novo concurso, não são expectáveis ofertas

Página 317 de 332

<sup>165</sup> Cfr. Lino Torgal, "Prorrogação", p. 237.

com condições, do ponto de vista económico-financeiro, mais vantajosas do que as que já constam do atual Contrato de Gestão.

Preços dos contratos Nos novos edificios hospitalares	НВ РРР	HBA PPP	HVXF PPP	НС РРР	HB PPP vs HBA PPP	HB PPP vs HVXF PPP	HB PPP vs HC PPP
INTERNAMENTO E AMBULATÓRIO							
1.º Escalão	1.927,65 €	1.983,43 €	2.027,62 €	2.395,54 €	-2,8%	-4,9%	-19,5%
2.º Escalão	1.252,97 €	1.637,13 €	1.317,95 €	1.040,82 €	-23,5%	-4,9%	20,4%
DIAS DE INTERNAMENTO PROLONGADO	91,94€	16,05 €	16,36 €	91,75 €	472,8%	462,0%	0,2%
CONSULTA EXTERNA							
Primeiras consultas	70,26 €	70,27 €	80,03 €	79,30 €	0,0%	-12,2%	-11,4%
Consultas subsequentes	45,15 €	51,49 €	60,02€	59,48 €	-12,3%	-24,8%	-24,1%
URGÊNCIA							
1.º Escalão - Atendimento	96,14€	121,57 €	94,19€	69,39 €	-20,9%	2,1%	38,5%
2.º Escalão - Atendimento	40,83 €	103,47 €	39,99€	41,85 €	-60,5%	2,1%	-2,4%
Disponibilidade do Serviço de Urgência	3,70 M€	2,83 M€	4,86 M€	3,62 M€	30,8%	-23,7%	2,4%
HOSPITAL DE DIA							
Oncologia	426,80 €	3.5	-	88,11 €	n.a	n.a.	384,4%
Radioterapia	60,06 €		(-1	-	n.a.	n.a	n.a.
Pediatria	192,44 €	=	100	28,31 €	n.a.	n.a.	579,8%
Psiquiatria	51,24€	84 €	93,67€	41,19€	-39,0%	-45,3%	24,4%
Hemodiálise	92,15 €	-			n.a.	n.a.	n.a.
Infecciologia	643,16 €	-	-	-	n.a.	n.a.	n.a.
Outras especialidades	132,26 €	126,32 €	220,09€	104,63 €	4,7%	-39,9%	26,4%
CASOS E ATOS ESPECÍFICOS (ventilação prolongada)	313,80 €	353,01 €	313,34€	316,43 €	-11,1%	0,1%	-0,8%

Em conclusão, tendo presente a análise efetuada, os preços atualmente praticados no Contrato de Gestão do Hospital de Braga são inferiores não só aos praticados pelos demais operadores privados nos restantes hospitais em regime de PPP, mas também dos próprios preços em vigor no SNS, que, por restrições orçamentais, nem sempre refletem os custos associados à prática dos respetivos atos médicos, o que vale por dizer que os preços praticados na PPP de Braga são, na sua maioria, inferiores aos atualmente praticados no sector. Pelo que, com elevada probabilidade, o recurso ao mercado, a curto prazo, não permitirá manter os atuais preços do Contrato de Gestão em vigor, não sendo, dessa forma, possível assegurar a manutenção da magnitude das poupanças identificadas num cenário de lançamento de um novo procedimento. Razão pela qual a Equipa de Projeto, no caso específico do Contrato de Gestão do Hospital de Braga, não concorda com a afirmação constante da primeira página da Proposta Fundamentada, de que "[...] a evolução do mercado da saúde (nomeadamente quanto a recursos humanos, medicamentos, ou tecnologias tecnologia e terapêutica), no período que decorreu entre os concursos e a negociação dos contratos, de Cascais e Braga e o momento actual, foi de tal modo forte, que os preços em vigor não reflectirão já condições de eficiência no momento presente".

276. Em suma, conclui-se, com base numa análise conjunta e ponderada dos vários elementos relevantes para a resposta à "segunda questão central", que a decisão mais conforme com os requisitos de renovação e com as preocupações de interesse público que eles encerram, é a decisão de renovação do Contrato, precedida de negociação. Com efeito, (i) aferida a capacidade de gestão das atividades concedidas pelo parceiro privado e o bom desempenho deste, bem como que<sup>166</sup>, (ii) por razões de interesse público, não se tem de introduzir modificações na atividade objeto da parceria que se mostrem incompatíveis com a continuidade do Contrato, (iii) revela-se, neste caso concreto, mais vantajoso económico-financeiramente que a Administração renove a relação contratual existente, em vez de reassumir diretamente a atividade em causa ou de promover a organização de um novo procedimento concorrencial, dirigido à celebração de um novo contrato.

Tudo somado e atenta a necessidade de - tal como refere o Tribunal de Contas no seu relatório (relativo à "Auditoria à execução do Contrato de Gestão do Hospital de Braga", publicado em dezembro de 2016) - "[f] azer preceder a decisão de (i) renovar o contrato de gestão do estabelecimento hospitalar, ou (ii) lançar novo concurso, ou (iii) reverter, para a gestão direta do Estado, a gestão do estabelecimento, da realização de um estudo de Análise Custo-Benefício", somos, pois, do entendimento de que se verificam os requisitos necessários a uma decisão de renovação do Contrato de Gestão, podendo entender-se esta como a decisão que revela uma melhor relação "Custo-Beneficio". Efetivamente, sendo o "Custo" de não renovar o contrato e, consequentemente, abdicar das poupanças que o mesmo atualmente representa, representativo, e sendo claro, simultaneamente, (i) que a reversão para a gestão direta do Estado não se afiguraria como mais benéfica em termos económicos, dados os resultados das análises de benchmarking apresentados em pontos anteriores do Relatório, e (ii) que esse "Custo" não seria muito provavelmente compensado num cenário de novo procedimento concorrencial, não se nos afigura prudente ou isento de risco recomendar, desde já (e antes de explorado o cenário da renovação), o lançamento de um novo concurso, ainda que esse possa vir a ser o cenário a equacionar em caso de insucesso da renovação do atual Contrato de Gestão.

Vagina 319 de 332

<sup>166</sup> A confirmar em função da posição que venha a ser adotada pelo Senhor Secretário de Estado da Saúde e pelo Senhor Secretário de Estado Adjunto e das Finanças sobre as alterações que devem ser introduzidas no quadro contratual que venha a regular a prestação de serviços clínicos no Hospital de Braga nos próximos anos.

## 3.3.4. Outras recomendações quanto a uma eventual decisão de renovação

277. Sem prejuízo do exposto, justifica-se ainda uma nota final quanto à conveniência de se ponderar igualmente, na análise solicitada à Equipa de Projeto, a eventual falta de interesse da EGEST em renovar o Contrato de Gestão nos seus atuais termos.

A este respeito, recorde-se o disposto no ponto 3.2.1.1.11. do Relatório sobre a insustentabilidade financeira da parceria, bem como a resposta da EGEST enviada ao Tribunal de Contas, em sede de exercício do contraditório sobre o Relatório n.º 24/2016 – Relatório de Auditoria à Execução do Contrato de Gestão do Hospital de Braga, de acordo com a qual:

"[...] no entender da administração da Sociedade ainda existe «... espaço para uma recuperação significativa dos capitais próprios da Sociedade até ao termo do período inicial da vigência do Contrato de Gestão, embora sem qualquer remuneração dos capitais próprios aportados pelos acionistas. Tal recuperação dependerá necessariamente de um aumento do financiamento por parte da Entidade Pública Contratante por via, designadamente:

o do aumento da produção anualmente contratada ....;

o do restabelecimento dos Protocolos de financiamento da atividade relativa ao tratamento do VIH/SIDA e Esclerose Múltipla em termos equivalentes aos celebrados em 2013 e 2015...».

Acrescenta que «Há, ainda, por parte da administração da Sociedade a expectativa da eventual renovação, em termos e condições equilibrados, do Contrato de Gestão, expectativa no seu entender legítima e justificável atendendo ao desempenho do Hospital de Braga face aos demais hospitais do SNS, que seguramente permitiria o completo saneamento financeiro da Sociedade.»

Salientando, no entanto, que, a não verificação dos fatores supra elencados (aumento do volume contratado e restabelecimento dos Protocolos) «... implicará o agravamento da situação financeira e a estrutura dos capitais próprios da Sociedade pondo em causa a sua sustentabilidade e, desse modo, a capacidade de prossecução da sua atividade nos termos do Contrato de Gestão.»

Concluiu, o Presidente da Comissão Executiva da Escala Braga — Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A. que «uma eventual renovação do contrato de gestão terá de ser avaliada de uma forma global e não particular. No entanto, num cenário de ceteris paribus, em que a única variável seja a não renovação dos protocolos de financiamento dos programas verticais para o HIV e Esclerose Múltipla, a

sociedade não terá capacidade para gerar cash-flows positivos, não sendo pois interessante a renovação do contrato>> 25167

A esta luz, conclui aquele Tribunal que "[t] ais condições sugerem que o parceiro privado responsável pela gestão do estabelecimento está a «investir» na renovação do contrato de gestão, em termos diferentes dos atuais, que lhe permita a recuperação de perdas incorridas ao longo do contrato atualmente em execução".

Note-se ainda que a manutenção no futuro dessa situação de insustentabilidade financeira do parceiro privado poderá, em último caso, ter efeitos nefastos para a própria EPC, na medida em que possa por em causa a qualidade dos serviços prestados ou que possa conduzir à insolvência da EGEST, com a consequente necessidade de resolução do contrato, sequestro ou resgate. Com efeito, o Estado é sempre o responsável último por assegurar a prestação de serviços de saúde à população.

278. A este respeito, recomenda-se que, num cenário em que, como se referiu no ponto 3.2.1.1.11. do Relatório, a EGEST apresenta uma estrutura de custos bastante mais onerosa do que aquela que foi utilizada para calibrar os preços por si propostos no procedimento concursal que conduziu à formação do contrato atualmente em vigor, se diligencie no sentido de ser garantido um processo de determinação da produção prevista que privilegie um correto alinhamento com as reais necessidades assistenciais da área de influência do Hospital de Braga, em detrimento de critérios puramente orçamentais, uma vez que esse cenário permitiria garantir a sustentabilidade do parceiro privado 168, condição necessária para garantir, através de uma renovação, aquele que é o nível de encargos que o Estado possui atualmente com esta unidade hospitalar e que, como se viu nos pontos 3.2.1.1.5. e 3.2.1.2.3. do Relatório, se afiguraria superior num cenário de internalização, e com grande probabilidade também num cenário de lançamento de um novo concurso público 169.

Note-se que esta solução não alteraria ou afetaria, sequer, a alocação de risco subjacente ao Contrato, continuando o parceiro privado responsável pelo risco de variação

<sup>167</sup> Cfr. Relatório de Auditoria à Execução do Contrato de Gestão do Hospital de Braga - Processo n.º 09/15, pp. 34 e 35.

<sup>168</sup> Mesmo num cenário de não renovação dos protocolos VIH/SIDA e esclerose múltipla, fr. n.º 158 do presente Relatório.

<sup>169</sup> A proposta de alteração do modo como a produção prevista tem vindo a ser determinada vai, aliás, ao encontro das recomendações do Tribunal de Contas constantes do Relatório n.º 24/2016.

da estrutura de custo, assumindo, consequentemente, as consequências de eventuais erros quanto a projeções ou estimativas de custos. De facto, esta solução apresentaria a vantagem de não implicar qualquer alteração ao Contrato de Gestão, mas antes e tão-só a alteração do modo como, na prática, a produção prevista tem vindo a ser fixada pelas partes, dentro da margem que lhes é conferida no âmbito do procedimento previsto no Contrato. Com efeito, de acordo com a cláusula 37.ª do Contrato de Gestão, a produção prevista deve ser determinada por acordo entre as partes, tendo em consideração, entre o mais, a utilização hospitalar verificada nos últimos cinco anos pela população da área de influência do Hospital de Braga em cada uma das áreas de atividade hospitalar consideradas; a utilização hospitalar verificada, no ano anterior, pelas populações dos concelhos limítrofes da área de influência do Hospital de Braga, em cada uma das áreas de atividade hospitalar consideradas; e os resultados da atividade desenvolvida no ano imediatamente anterior, designadamente quando daquela hajam resultado listas de espera.

279. Nesta sede, cumpre ainda relembrar que juridicamente não são admitidos aumentos dos preços fixados no Contrato<sup>170</sup>, sem que na base dessa modificação do preço esteja a realização de prestações adicionais por parte da EGEST, ou quaisquer outras modificações que tenham por efeito alterar o equilíbrio económico do contrato a favor daquela, ainda que por forma a permitir recuperar as supostas perdas incorridas ao longo do Contrato de Gestão.

De facto, é ponto assente para a jurisprudência comunitária resultante dos já mencionados Acórdão Pressetext e do Acórdão Comissão/CAS Succhi di Frutta que o preço constitui uma "condição importante" de um contrato público. Pelo que "alterar uma tal condição durante o período de vigência do contrato inicial, poderia dar origem a uma violação dos princípios da transparência e da igualdade de tratamento dos proponentes [...]. Todavia, [tal é possível] na condição de tal ajustamento ser mínimo e se explicar de forma objetiva, sendo esse o caso se tiver por finalidade facilitar a execução do contrato, por exemplo, simplificando as operações de faturação" Seguindo esta jurisprudência comunitária, o Tribunal de Contas conclui que "salvo ajustamentos inicialmente previstos ou sem significado relevante, a alteração do preço durante o período de vigência do contrato constitui

<sup>170</sup> O que não constitui o caso de determinação, de facto, da produção prevista em linha com os critérios de determinação da mesma fixados no Contrato.

<sup>171</sup> Cfr. Acórdão Pressetext, n.ºs 60 e 61.

alteração de uma das suas condições essenciais<sup>2172</sup>. Acresce que "tais alterações são possíveis até ao ponto em que se possam considerar «neutras» para os interesses económicos dos proponentes, em particular do contraente privado, que não deve resultar beneficiado<sup>2173</sup>.

Neste sentido, veja-se ainda ao entendimento do Tribunal Contas manifestado no próprio Relatório n.º 24/2016, em resposta à vontade manifestada pela EGEST de renovar o contrato em termos diferentes dos atuais: "O Tribunal alerta que a imposição de novas condições para uma renovação contratual é prejudicial ao apuramento do Value for Money que justifica qualquer parceria e à transparência que se exige ao processo, atentos os interesses dos contribuintes e dos utentes do SNS<sup>3,174</sup> (negrito no original).

A introdução de medidas com impacto no equilíbrio económico-financeiro do Contrato a favor da EGEST poderia ainda ter por efeito alterar os pressupostos da análise custo-benefício que foi feita do cenário da renovação e, consequentemente, pôr em causa a conclusão alcançada.

280. Noutro prisma, a Equipa de Projeto recomenda que, num eventual cenário de renovação, se pondere ainda solicitar ao parceiro privado um plano de melhorias naqueles aspetos que se consideraram, ao longo do presente Relatório, como suscetíveis de melhoria. Referimo-nos, designadamente, a alguns dos indicadores de eficiência apresentados pelo Hospital de Braga e que, em termos relativos, pareceram denotar margem para melhoria (cfr. ponto 3.2.1.1.8. do Relatório).

281. Por último, afigura-se igualmente relevante que o Ministério da Saúde pondere, a fim de salvaguardar a efetiva preservação do Value for Money da parceria ao longo de um eventual período de renovação da mesma, assegurar numa lógica estrutural ao nível do conjunto de todos os hospitais EPE a aplicação de critérios de recolha de informação, de medição da qualidade dos serviços assistenciais (através da aplicação de parâmetros de desempenho semelhantes aos das PPP) e de averiguação do nível de satisfação dos utentes de forma análoga e acima de tudo comparável com aquela que é exigida aos hospitais em

Página 323 de 332

<sup>172</sup> Cfr. Acórdão do Tribunal de Contas n.º 3/2013, de 26 de fevereiro.

<sup>173</sup> Idem.

<sup>174</sup> Cfr. Relatório n.º 24/2016 – Relatório de à Execução do Contrato de Gestão do Hospital de Braga – Processo n.º 09/15, p. 35.

regime de PPP, uma vez que só desta forma se afigura possível garantir uma execução de facto plena de todo o clausulado contratual em vigor.

#### 4. Proposta de decisão

282. Em face do exposto e para o efeito previsto na alínea *a)* do n.º 1 do Despacho n.º 8300/2016, a Equipa de Projeto submete à consideração superior o presente Relatório, bem como os documentos juntos em anexo, dos quais deu já conhecimento à ACSS, à ARSLVT e à UTAP, propondo a respetiva aprovação, bem como a prossecução dos passos subsequentes para a renovação do Contrato de Gestão do Hospital de Braga, na parte referente à EGEST.

### 5. Passos subsequentes

283. Conhecido o sentido da proposta de decisão formulada pela Equipa de Projeto quanto à solução a adotar em face do término da vigência da vertente clínica do Contrato de Gestão do Hospital de Braga, cumpre deixar claros os pressupostos e as condições a que se encontra sujeita a sua eventual implementação:

- (a.) Adoção de uma decisão política conjunta quanto às alterações que devem ser introduzidas no clausulado contratual que regule a gestão clínica do Hospital de Braga para o futuro e confirmação de que as mesmas não são incompatíveis com a continuidade do Contrato;
- (b.) Tendo presente, nomeadamente, a decisão mencionada na alínea anterior e a confirmação de que as alterações a introduzir não são incompatíveis com a continuidade do Contrato, adoção de uma decisão política conjunta quanto à proposta formulada no presente Relatório, para o efeito do disposto na alínea a) do n.º 1 do Despacho n.º 8300/2016, do Senhor Ministro da Saúde e do Senhor Secretário de Estado Adjunto e das Finanças<sup>175</sup>.

Em concreto, deverá essa decisão tomar posição quanto à proposta de renovação do Contrato de Gestão do Hospital de Braga, na parte referente à EGEST.

Página 325 de 332

<sup>175</sup> Este último, no exercício das competências que lhe foram delegadas através da alínea *d*) do n.º 1 do Despacho n.º 3488/2016, de delegação de competências, do Senhor Ministro das Finanças.

- (c.) Caso aplicável, preenchimento integral dos requisitos previstos nos artigos 21.º e 22.º do Decreto-Lei n.º 111/2012;
- (d.) Definição da estratégia relativa à renegociação do Contrato que deve ser seguida e definição das condições concretas que se devem verificar para a renovação do mesmo, tendo presente, nomeadamente o disposto nos pontos 3.3.2./j., 3.3.3. e 3.3.4. do presente Relatório;
- (e.) Comunicação da decisão tomada à EGEST, informando-a da intenção da EPC de renovar o Contrato e especificando as condições dessa mesma renovação;
- (f.) Em caso de aceitação pela EGEST da renovação nos termos comunicados, preenchimento integral dos requisitos legais aplicáveis, nomeadamente no Decreto-Lei n.º 111/2012, quanto à renegociação e renovação contratual e ainda não observados.
- 284. Note-se, porém, que, conforme anteriormente referido, nos termos do Contrato de Gestão, a implementação da solução proposta pelo presente Relatório depende sempre da aceitação pela EGEST da renovação do Contrato de Gestão nos termos comunicados pela EPC. Pelo que, no caso de o parceiro privado não aceitar a dita renovação, tal solução deixa de ser exequível.

Neste contexto, e tendo presente a resposta à "primeira questão central", de acordo com a qual se considera estarem reunidas as condições para, no caso específico do Hospital de Braga, se recomendar a adoção de um modelo de PPP, em detrimento de um cenário de internalização, no caso de o parceiro privado recusar a proposta de renovação do Contrato, deverão ser adotados todos os atos necessários ao preenchimento integral dos requisitos legais aplicáveis ao lançamento de uma nova parceria, devendo, nomeadamente, ser promovida pelas entidades competentes a submissão da Proposta Fundamentada, a qual, por sua vez, deverá ser aprovada pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e das finanças e, depois, reencaminhada para a Equipa de Projeto, permitindo assim que, em face da lei aplicável e do referido Despacho n.º 8300/2016, possam ser promovidas por esta os subsequentes trâmites de estudo, preparação e lançamento de uma nova PPP, na vertente clínica, para o Hospital de Braga.

# 6. Anexos

Número	DESIGNAÇÃO
ANEXO 1	Termos e prazos de vigência dos Contratos de Gestão dos Hospitais de Cascais, Braga, Loures e Vila Franca de Xira
ANEXO 2	Despacho do Senhor Ministro da Saúde, de 10 de novembro de 2014, exarado sobre Nota Interna do respetivo Gabinete de 6 de novembro de 2014
ANEXO 3	Informação UTAP n.º 006/2015, de 14 de abril de 2015
ANEXO 4	Despacho do Senhor Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 4 de novembro de 2015, exarado sobre Nota Interna do respetivo Gabinete de 3 de novembro de 2015
Anexo 5	Ofício da ACSS de 23 de dezembro de 2015
ANEXO 6	Agenda de trabalhos da reunião realizada a 19 de fevereiro de 2016
Anexo 7	Despacho do Senhor Secretário de Estado da Saúde, de 16 de fevereiro de 2016, exarado sobre Nota Interna do respetivo Gabinete de 12 de dezembro de 2015
Anexo 8	Mapa de análise dos cenários de "Renovação" e de "Não Renovação", bem como dos principais riscos, termos e condições (25 de fevereiro de 2016)

Página 327 de 332

ANEXO 9	Agenda de trabalhos da reunião realizada a 26 de fevereiro de 2016
Anexo 10	Despacho do Senhor Secretário de Estado da Saúde, de 21 de março de 2016, exarado sobre Nota Interna do respetivo Gabinete de 18 de março de 2016, que contém em anexo a Proposta Fundamentada Nota: Tendo em conta a sua dimensão e o caráter público desse documento, a Equipa de Projeto optou por não juntar ao presente Relatório o Anexo 6 à Proposta Fundamentada, que corresponde ao Relatório do Tribunal de Contas relativo à execução do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais (Relatório n.º 11/2014 – 2.ª Secção, Processo n.º 24/2012 – Audit.), que pode ser consultado em: http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2014/2s/audit-dgtc-rel011-2014-2s.pdf.
ANEXO 11	Despacho n.º 8300/2016
Anexo 12	Fontes de informação
ANEXO 13	Principais pressupostos assumidos no CPC Inicial e valores reais no CPC Atualizado
Anexo 14	Conceitos

## 7. ANÁLISE DO IMPACTO ORÇAMENTAL DA PPP DE BRAGA

285. O presente ponto tem como objetivo analisar o impacto potencial, nas contas do Estado Português (sob uma perspetiva de contas nacionais e segundo as regras do EUROSTAT), da opção ora recomendada pela Equipa de Projeto, no sentido da renovação do Contrato de Gestão, nos termos melhor concretizados nos pontos anteriores e sujeita naturalmente à aprovação das Tutelas sectorial e financeira.

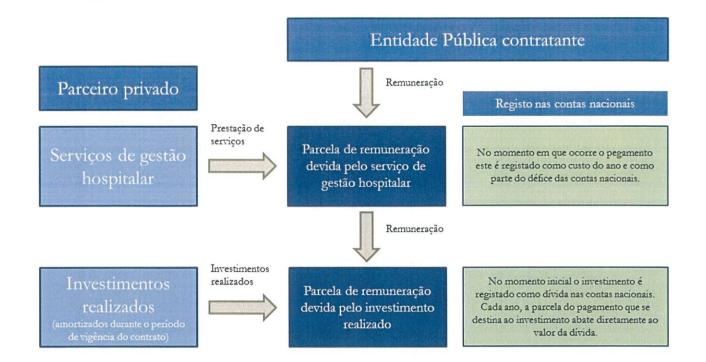
286. De acordo com as conversas informais que a Equipa de Projeto estabeleceu com o INE, foi possível concluir que, na hipótese proposta, e dado que se trata da renovação, nos atuais termos, da responsabilidade pelo estabelecimento hospitalar (sem investimento), o Contrato de Gestão, pelo novo período de execução contratual, seria, com grande probabilidade, classificado, em contas nacionais, como um contrato de prestação de serviços e não como um contrato de PPP<sup>176</sup>.

287. Encarado este novo ciclo contratual como um contrato de prestação de serviços (para efeitos das regras do EUROSTAT), o valor devido pelo parceiro público, em cada ano, ao parceiro privado, em virtude dos serviços de gestão do hospital, nos termos definidos no Contrato de Gestão, é contabilizado no défice desse ano.

288. Apresenta-se, *infra* e de forma esquemática, o impacto estimado, em termos de contas nacionais, da renovação do Contrato, na parte referente ao estabelecimento hospitalar.

Página 329 de 332

<sup>176</sup> Importa relembrar que o conceito de PPP, tal como definido nos termos do Decreto-Lei n.º 111/2012 não é coincidente com aquele que é considerado pelo Eurostat.



# A Equipa de Projeto

Joana Cristina Veiga Carvalho Barbosa

MARTA ALEXANDRA FARTURA BRAGA TEMIDO DE ALMEIDA SIMÕES

João Luís Lemos de Matos

Pedro de Brito Esteves

Maria Ana Soares Zagallo

RITA DOMINGUES DOS SANTOS DA CUNHA LEAL

FILIPA SEQUEIRA LEITE